MIRCEA LĂZĂRESCU

PSIHIATRIE, SOCIOLOGIE, ANTROPOLOGIE

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
LĂZĂRESCU, MIRCEA
Psihiatrie, sociologie, antropologie / Mircea Lăzărescu, - Timişoara: Brumar, 2002
348 p.; 23 cm
Bibliogr.
ISBN 973-8057-82-5

616.89
316

MIRCEA LĂZĂRESCU

PSIHIATRIE, SOCIOLOGIE, ANTROPOLOGIE

BRUMAR

coperta: Loredana Tîrzioru
paginare: Camelia Dogioiu

Brumar, 2002
ISBN: 973-8057-82-5
Bun de tipar: aprilie 2002
Apărut: aprilie 2002
Coli tipar: 21,75

Tiparul executat la Brumar
1900 Timişoara, Pestalozzi 22
Tel./fax: +40 56 203 934
e-mail: office@brumar.dnttm.ro

Această carte este editată cu sprijinul firmei Lilly *România*

CUPRINS

CUVÂNT ÎNAINTE 9

1. INTRODUCERE 13

2. BOLNAVUL PSIHIC ÎN IPOSTAZA DE „CAZ“ MEDICAL PSIHIATRIC 25
2.1. Cazul psihiatric în perspectiva ştiinţei medicale şi a logosului 25
2.2. Modelul medical în psihiatrie. Consideraţii generale 27
2.3. Terenul predispus pentru tulburări psihice 28
2.4. Episodul psihopatologic 34
2.5. Semiologie psihiatrică 38
2.5.1. Descrierea principalelor sindroame psihopatologice standard 40
2.5.2. Manifestarea sindroamelor în cadrul episoadelor psihopatologice 58
2.6. Etiopatogenia în psihiatrie 62
2.6.1. Factori bio-psihologici 63
2.6.2. Influenţe psiho-sociale negative 66
2.6.3. Factori compensatori şi protectori 72
2.7. Boala psihică. Aspecte ale nosologiei psihiatrice 75
2.7.1. Generalităţi 75
2.7.2. Tabla de materii a entităţilor nosologice cuprinse în ICD-10 78
2.7.3. Aspecte problematice ale nosologiei psihiatrice 87
2.8. Problema tulburărilor de personalitate 95
2.8.1. Aspecte generale 95
2.8.2. Tipologia persoanelor dizarmonice 101
2.8.3. Problema sistematizării tulburărilor de personalitate şi problema psihopatiei 107

2.9. Defectul psihic 109
2.10. Diagnosticul în medicina psihiatrică 117
2.11. Aspecte particulare ale tratamentului medical psihiatric 126

3. SUFERINDUL PSIHIC CA CETĂŢEAN 135
3.1. Aspecte generale 135
3.2. Reforma instituţională 138
3.3. Sectorializarea 144
3.4. Toleranţa faţă de suferindul şi defectivul psihic 149
3.5. Interesul acordat funcţionării în viaţa de zi cu zi a fostului bolnav sau a actualului deficient psihic 154
3.6. Problema periculozităţii 165
3.7. Perspectiva familială asupra patologiei şi terapiei psihiatrice 169

4. PSIHOPATOLOGIE – BAZE DOCTRINARE ŞI PERSPECTIVA DEVELOPMENTALĂ 183
4.1. Baze doctrinare ale psihopatologiei 183
4.1.1. Generalităţi 183
4.1.2. Psihism biologic şi psihism uman; implicaţii pentru psihopatologie 184
4.1.3. Psihismul uman şi sufletul în sens transcendent-transcedental 185
4.1.4. Semnificaţia studiilor biologice privitoare la ştiinţele creierului („neuroscience"), a celor etologice şi cognitiviste pentru psihopatologie 187
4.2. Problema psihanalizei 192
4.2.1. Psihanaliza clasică – prezentare succintă 192
4.2.2. Disidenţi psihanalitici iniţiali 196
4.2.3. Psihanaliza şi problema inteligenţei 197
4.2.4. Psihanaliza şi cunoaşterea lumii de către subiect 198
4.2.5. Psihanaliza şi activitatea cerebrală 199
4.2.6. Dezvoltări actuale în domeniul psihologiei conştiinţei 200
4.3. Psihopatologia developmentală 201
4.3.1. Generalităţi 201
4.3.2. Psihopatologia developmentală, un model cognitivist-fenomenologic 205

5. PERSOANA CONŞTIENTĂ ÎN PERSPECTIVĂ FENOMENOLOGICĂ ŞI COGNITIVISTĂ. ASPECTE NORMALE ŞI PATOLOGICE 237
5.1. Persoană, conştiinţă, subiectivitate 240
5.2. Identitatea şi spaţio-temporalitatea persoanei umane conştiente 244
5.2.1. Identitatea 244
5.2.2. Temporalitatea 246
5.2.3. Spaţialitatea proprie persoanei 250
5.3. Relaţiile subiectului conştient cu celălalt, cu ceilalţi 254
5.4. Cunoaşterea lumii, lumea personală 260
5.5. Intenţionalitatea în perspectivă fenomenologică şi cognitivistă 263
5.6. Acţiune, comunicare, gândire, judecare 266
5.7. Biografie, structură şi tulburare psihică 269
5.8. Reacţie psihopatologică, nevroză, psihoză endogenă, psihopatie 277
5.9. Modalităţi particulare şi anormale ale subiectului de a fi în lume 285
5.9.1. Anxietatea 285
5.9.2. Fobia 290
5.9.3. Obsesia 295
5.9.4. Depresia 302
5.9.5. Dragostea, indiferenţa şi agresivitatea din punct de vedere psihopatologic 305
5.9.6. Mania 309
5.9.7 Depersonalizarea 311
5.9.8. Hiperexpresivitatea şi histrionismul 315
5.9.9. Derealizarea şi psihopatologia percepţiei umane 319
5.9.10. Sentimentul „punerii sub supraveghere", cel de „transparenţă-influenţă" 323
5.10. Delirul 325
5.11. Dezorganizarea (disociaţia) persoanei în plan ideo-verbal şi motivaţional-comportamental 327

REZUMAT 341

CUVÂNT ÎNAINTE

Lucrarea de faţă nu se doreşte a fi un manual sau tratat, o expunere didactică sau comentarea monografică a unui domeniu din aria psihiatriei; obiectivul ei este o dezbatere de idei pornind de la stadiul în care se află şi se dezvoltă psihiatria şi psihopatologia contemporană.

Au fost alese trei incidenţe de abordare a bolnavului şi suferindului mintal şi câteva teme de articulare cu sociologia şi antropologia.

Omul ce suferă o stare aberantă psihică – care se află în situaţie psiho-patologică – este comentat succesiv ca: a) caz medical psihiatric; b) cetăţean; c) perturbare subiectivă şi obiectivă minus valorică a psihismului persoanei conştiente; deci, ca problemă psihopatologică. Aceste trei incidenţe sunt complementare, ceea ce conduce la inevitabile reluări ale unor aceleaşi teme din diverse perspective; repetiţie, ce credem, nu este obositoare, ci stimulativă pentru spiritul dornic de înţelegerea plurifaţetată a realităţii.

Tulburarea psihiatrică (psihopatologică) se petrece evident la nivelul individului uman, a persoanei umane conştiente. De aici rezultă şi una din temele supuse meditaţiei, privitor la sinteza ce are loc la acest nivel între individualul biosului şi al antroposului (faptul de a folosi aceşti termeni oarecum pretenţioşi este argumentat în nota de subsol de la finalul primului capitol – Introducere). La o primă percepţie şi evaluare a individualului biosului (individul biologic), aşa cum apare el la mamiferele antropoide superioare, prezintă o serie de funcţii, structuri şi comportamente „psihologice" similare cu ale omului. Faptul a fost sesizat încă de Aristotel, susţinut cu tărie de Hegel, şi dezvoltat de actuala psihopatologie developmentală, ce ţine seama, în mare măsură, de studiile etologice dezvoltate în sec. XX. În ceea ce priveşte individualul antroposului, similar cu persoana conştientă, dotată cu subiectivitate reflexiv-evaluativă, acesta a fost, iniţial, conceput în termeni spirituali, cultivaţi de toate doctrinele

religioase creaţioniste; iar articularea sa cu „corporalitatea" (biologică) a fost comentată în Europa, sub forma dualismului lui Descartes, reactualizat în sec. XX, prin filosofia lui Husserl (care a influenţat semnificativ psihopatologia); articularea între conştiinţă şi corporalitate era considerată ca o problemă insondabilă, ce stă sub regia lui Dumnezeu.

Psihologia biologică, dezvoltată şi de etologie, s-a articulat în ultima parte a secolului trecut cu doctrina cognitivistă (filosofică, psihologică, psihopatologică, psihoterapeutică) ce s-a impus în urma apariţiei unor noi ştiinţe matematizante, precum teoria informaţiei, cibernetica, teoria sistemelor etc. De asemenea, ea s-a conjugat cu marile progrese realizate în domeniul „Inteligenţelor Artificiale". În raport cu această situaţie, inclusiv cu progresele enorme realizate în domeniul „ştiinţelor creierului" („neuroscience"), psihopatologia tradiţională a sec. XX – şi mai ales cea de sorginte fenomenologică – a trecut în plan secund. Dar, tocmai ea era cea care încerca să comenteze aspectele specific umane ale psihiatriei. De aceea, în lucrarea de faţă – într-un fel împotriva tendinţei majorităţii cercetătorilor – dăm importanţă şi încercăm să readucem în prim plan tocmai psihopatologia ce a derivat din cea fenomenologică, ca o provocare şi temă de reflexie pentru orientarea „biologizant-cognitivistă". De fapt, se cere precizat că, actualul cognitivism, pe cale a se defini tot mai pregnant, deşi este, în cea mai mare parte, inserat în ştiinţele creierului şi corelat cercetărilor Inteligenţei Artificiale, are şi o zonă ce se poate articula fructuos cu fenomenologia. Elementul comun dintre cele două orientări este noţiunea de „intenţionalitate". În textul lucrării vom potenţa această provocare, propunând-o ca un important subiect de cercetare.

Problema ridicată mai sus are importanţă şi pentru clarificarea uneia din cele mai dificile teme ale psihiatriei şi psihopatologiei, cea a determinismului „endogen". Fără a propune soluţii, vom încerca să delimităm această problemă astfel încât să nu fie părăsită şi să constituie, în continuare, un obiectiv de studiu prioritar.

Dacă pe parcursul lucrării se fac unele trimiteri la texte şi concepte filosofice, nu există nici o pretenţie de a contribui direct la acest deosebit de pretenţios domeniu. Rămâne însă dorinţa de a suscita interesul antropologilor – şi chiar a antropologiei filosofice, importantă pentru fundamentarea psihiatriei – mai ales prin opţiunea pe care o facem acceptând concepţia lui Popper asupra celor 3 lumi, şi pe care o înţelegem într-un sens lărgit, posibil a fi dezvoltat. În scurtul comentariu de încheiere vom încerca rezumarea principalelor teme care ne-au preocupat şi am încercat să le susţinem.

Nefiind vorba de un manual, tratat sau studiu ţintit pe o anumită temă, ne-am permis o anumită laxitate la capitolul Bibliografie, care este prezentat împreună cu note şi comentarii. Cărţile monografice au fost citate atât în ansamblu, cât şi prin articolele lor. În cele mai multe cazuri s-au avut în vedere publicaţii şi sinteze din ultimii ani. Nu au

fost însă ignorate nici lucrările clasice. Credem că e important ca, la sfârşitul unui veac, să se ţină seama de tot ce a fost gândit şi comentat la un nivel remarcabil în această perioadă. Unele licenţe, pe care ni le-am permis în aceste secţiuni terminale ale fiecărui capitol, dorim să fie scuzate de cititor.

Sperăm ca lucrarea să aibă un prim nivel de lectură accesibil tuturor, chiar dacă unele probleme sunt doar menţionate în treacăt sau rezumate (poate exagerat, până la limită). În intenţia textului există şi un al doilea nivel de lectură, chiar dacă acesta nu se referă la recitirea cărţii. E vorba de a ţine seama de trimiterile la autori, de analiza figurilor prezentate şi de cele două nivele de condensare a textului – prin forma scrierii – toate acestea în coroborare cu secţiunea Bibliografie, Note, Comentarii ataşată fiecărui capitol. După modesta noastră opinie, cartea abordează probleme de mare actualitate. Recunoaştem şi faptul că, din unele puncte de vedere, cel puţin în ceea ce priveşte redactarea, scrierea nu este chiar în spiritul unei epoci ce e declarată de unii ca postmodernistă (avem în vedere, de exemplu, prezentarea sistematică a elementelor persoanei conştiente de la începutul Cap. 5).

Sunt invocate şi alte studii ale autorului, menţionate la bibliografie. Nu e vorba pur şi simplu de o dezvoltare directă a unora dintre acestea, ci de continuarea unui drum de gândire – din care fac parte şi lucrări nepublicate şi nedifuzate – aducerea în dezbatere a unei arii problematice, cu dorinţa de a stimula dialogul, cercetarea, progresul întru cunoaşterea nuanţată şi diferenţiată în domeniul psihiatriei, psihopatologiei, antropologiei şi a fundamentelor acestora.

Mulţumesc pentru întregul sprijin şi efort de tehnoredactare colaboratoarei mele, Jeni BLAJOVAN.

Timişoara, Februarie 2002 **Mircea Lăzărescu**

I. INTRODUCERE

Psihiatria, ca ramură a medicinei, tinde tot mai mult să devină „comunitară". Ea face eforturi să menţină cât mai mult timp persoanele cu „tulburări psihice" în mijlocul societăţii, să le trateze cât mai aproape de locul lor de existenţă curentă, să le integreze în viaţa comunităţii. Această orientare, care a devenit evidentă în ultimele decenii, se opune atitudinii de rejecţie, de claustrare care, în Europa, s-a manifestat încă din sec. XVII, şi s-a păstrat în formula „azilelor" din sec. XIX şi a spitalelor de psihiatrie din sec. XX. Opinia actuală este că o comunitate trebuie să-şi accepte şi să integreze cât mai puţin rejectiv „nebunii săi", această „minoritate" ce nu poate fi eradicată. La fel cum, în manieră democratică, trebuie să integreze şi să respecte diverse alte minorităţi. Vom reveni constant asupra acestei probleme, subliniind însă de la început că fiecare individ uman, fiecare persoană conştientă, mai mult sau mai puţin normală sau deviantă, reflectă în structura subiectivităţii sale socio-cultura în cadrul căreia se formează şi se afirmă[1]. La fel cum, în interioritatea fiinţei fiecăruia dintre noi sunt prezente, într-o anumită modalitate specifică, „imagourile" altora, a părinţilor şi cunoştinţelor, a eroilor reali sau idealifictivi cu care ne-am întâlnit, sau pe care i-am imaginat, cu care ne-am identificat, pe care i-am descoperit în cursul biografiei noastre. Şi la fel, e prezent şi funcţional, la acest nivel al persoanei conştiente, întreg cadrul logosului comunitar, limbajul şi normele comunităţii, cunoaşterea, reprezentarea şi concepţia despre lume specifice acesteia, structurată prin liniile de forţă ale convingerilor şi credinţelor personale, circumscrise de idealitatea valorilor. Dacă societatea, cultura sunt prezente şi se

[1] A se vedea 4.3.2.-8 şi 5

exprimă prin existenţa fiecărei persoane, fiinţarea instanţei socio-culturale se realizează, şi ea, în mod evident, doar prin intermediul ansamblului indivizilor ce o compun, de toate vârstele, de ambele sexe, persoane cu diverse grade de instrucţie şi participare la destinul comunitar, cu variate nivele de inteligenţă, oameni liniştiţi sau stridenţi, sănătoşi sau bolnavi, normali, geniali sau cu tulburări psihice.

Foucault (1) a corelat „marea recluziune" din Europa occidentală post renascentistă – ce avea în vedere închiderea persoanelor cu comportament excentric, deranjant pentru o societate cu reguli şi funcţionalitate rigidă, în „campusuri de concentrare" deseori aşezate pe locul fostelor leprozerii – cu o anumită etapă a dezvoltării spiritualităţii acestui colţ de lume, în care se impunea „Raţiunea" (a tot ordonatoare) împotriva „Imaginarului" (înfrăţit până la un punct cu dezordinea „Nebuniei"). Autorul francez a scris „Istoria Nebuniei în epoca clasică" din perspectivă filozofică. El îl invocă de la început pe Descartes, care, în „Meditaţii metafizice" (2) introduce, printre primii paşi pe care-i parcurge îndoiala sceptică privitoare la criteriul adevărului, ipoteza tulburării mintale a gânditorului. Chiar dacă se poate demonstra că această referinţă nu atinge esenţa demersului cartesian (aşa cum face Derrida) (3) care argumentează că doar ipoteza „geniului rău" este, de fapt, una fundamental filozofică, nu putem ignora că problema tulburării mintale (a „nebuniei") i-a preocupat nu doar pe medici. În plină Renaştere matură, Erasmus din Rotterdam (4) scria mica lucrare, prin care a rămas celebru, „Elogiul Nebuniei" (Morias Enkomion). Cartea este interesantă pentru actualele preocupări de psihiatrie comunitară, deoarece în ea sunt abordate şi comentate diverse excentricităţi, particularităţi şi aberaţii mintale dintre care doar foarte puţine ar putea fi încadrate, în prezent, în categoria tulburărilor psihice propriu-zise, diagnosticabile de către psihiatri. Se evidenţiază astfel un continuum între presupusa normalitate şi metamorfoza realmente patologică a psihismului, temă pe care o regăsim şi la Montaigne şi la moraliştii francezi. De fapt, în marile „campusuri de concentrare" pe care le comentează Foucault, erau internaţi nu doar alienaţi mintali evidenţi, ci şi multiple persoane ce perturbau liniştea publică, precum magicieni, vagabonzi, prostituate, libertini şi protestatari vehemenţi împotriva „Regimului" politic. În mijlocul tuturor acestora, „nebunii" aveau cel mai redus autocontrol; şi deoarece deranjau viaţa curentă a celorlalţi, deseori erau închişi în carcere şi puşi în lanţuri. Deci, în cadrul persoanelor „marginale social", cei cu tulburări psihice majore ocupau uneori un loc aparte. Ar fi interesant dacă investigaţii de tipul celor făcute de Foucault ar fi privite nu doar din perspectivă filozofico-epis-

temică, ci şi dintr-una socio-politică. Perioada „Clasică", pe care o comentează, este evident o perioadă a totalitarismului regal şi nu una a democraţiei. Revoluţia Franceză, cu orientarea sa doctrinară anti-absolutistă, marchează un moment simbolic, prin actul lui Pinel, care zdrobeşte lanţurile cu care-i încătuşaţi nebunii (menţionăm acest moment, deşi „Revoluţia Franceză" beneficiat de multiple interpretări). Sărind peste sec. XIX, în veacul al XX-lea ce tocmai s-a încheiat, Europa şi întreaga lume au avut parte atât de-lurite democraţii, cât şi de variate modalităţi de totalitarism (dintre care unul arte a fost cel comunist). Epoca noastră istorică a cunoscut şi ea, ca cea de-să de Foucault – dar cu alte condiţionări decât invocarea Raţiunii – campusu sale de concentrare. Şi, deoarece „Imaginarul" (şi poate sistemele politice) s XIX nu a reuşit să propulseze bolnavii mintali decât până la nivelul încadrăsuferinţei lor în medicină şi a închiderii lor în azile, sec. XX a realizat pctica abuzurilor psihiatrico-politice (similare, până la un punct, cu denţia Marchizului de Sade, în Franţa prerevoluţionară a sec. XVIII). Ba chia mai mult, exterminarea lor fizică în Germania nazistă. Faptul că totalitarismul litic a marcat veacul XX până către sfârşitul său, face ca mişcarea psihiatriei munitare din ultimele decenii să fie aparent corelată, cel puţin în principii cu impunerea unei ideologii a democraţiei. Dar se cer făcute unele precizări. Ţări care se consideră de mult timp ca practicând un regim politic democratic, recum SUA, Marea Britanie, Franţa etc., au început procesul dezinstituţionalizării bolnavilor psihici şi dezvoltarea ideii psihiatriei comunitare doar în ultimele decade ale veacului XX. Apoi, conceptul democraţiei socio-politice nu e urul foarte precis, ci se află, şi el, în mişcare. Iar ceea ce apare în multe din ţările „lumii civilizate" ca formule tot mai noi ale democratizării societăţii implică şi aspecte care au interesat şi interesează psihiatria. Din această categorie fac parte: homosexualitatea (corelată cu problematica legiferării căsătoriei persoanelor de acelaşi sex şi a dreptului de adopţie a copiilor de către aceste familii); – perversiunile sexuale (răspândite prin casete video, filme porno); – dependenţa de droguri; – criminalitatea (realizată cu sânge rece de către persoane ce aparţin unor asociaţii de tip mafiot); – suicidul; – vagabondajul; – abuzarea intra-familială a copiilor (fizică, sexuală şi psihică) etc. Aceste comportamente – care se află, ce e drept, în marginea psihopatologiei – nu au dispărut o dată cu democratizarea societăţilor. Poate fi considerat ca pozitiv faptul că, în timpul nostru, temele respective sunt plasate în dezbatere publică, studiate şi analizate, cu încercări diverse de soluţii sau iniţiative de a le controla. Dar ele nu par să se fi redus acolo unde psihiatria comunitară a reuşit deja să se impună. Este necesar ca modelul

autori exclusivist al unor societăţi cu atitudine rejectivă faţă de boala psihică, faţă de peraţiile şi particularităţile existenţei umane, să se modifice în direcţia tolerai, comprehensiunii, integrării. Dar, în acelaşi timp, e important să se imagine şi să se realizeze soluţii valorice, cultural-spirituale, pentru desfăşurarea vieţii oamenilor, în sensul efortului diminuării şi reducerii a ceea ce e rău negativ, în direcţia speranţei într-o existenţă armonică şi cu sens, orientată e împlinire etic-axiologică. Dacă invocăm noţiunile de bine şi rău, ne mut din planul socio-politic spre cel axiologic-filozofic. Şi ar trebui să recunaştem că acest lucru e necesar. Mai ales când, în prezent, multe comunităţi umane, privesc cu admiraţie spre – şi tind să atingă cândva – modul de viaţă din Europa occidentală şi America de Nord. Întrebarea care rămâne este: cât de mulţumite sunt cu sine, cu modul lor propriu de viaţă aceste socio-culturi şi mai ales spre ce „mai bine" speră ele în viitor, care sunt utopiile (5) care le damizează, direcţiile lor de metamorfoză istorială ?! Sau, dacă se neagă însăşi ideea de utopie mobilizatoare care deschide universul speranţelor şi a imaginarului, ce se pune în locul acesteia?

Bolnavii mintali – înţeleşi în sens medical – care, la un moment dat, pot fi identificaţi într-o socio-cultură dată, reprezintă o minoritate a populaţiei respective. În acelaşi univers ecologic uman pot fi identificate minorităţi etnice sau religioase, corelate statutelor sociale sau creativităţii. Se poate vorbi de minoritatea copiilor preşcolari sau de cea a pensionarilor de vârstă. Homosexualii, bărbaţi şi femei, de o bună perioadă de timp, revendică drepturi şi respect social pentru minoritatea pe care o reprezintă. În acelaşi sens, s-ar putea vorbi de minoritatea persoanelor excepţional dotate, a infractorilor, a sinucigaşilor. În cele din urmă, o societate dată, o comunitate socio-culturală, constă din suma minorităţilor ce o compun şi pe care le integrează în diverse modalităţi.

Împărţirea unei comunităţi în diverse grupuri minoritare poate apărea până la un punct arbitrară. Ea reprezintă însă o realitate, de vreme ce multiple instituţii şi specialişti se ocupă de aceste persoane. Care, pe de altă parte, caută deseori să se asocieze efectiv, afirmându-şi solidaritatea şi căutând să-şi promoveze interesele. În ceea ce priveşte indivizii cu tulburări psihice prelungite, care prezintă disabilităţi şi dificultăţi de integrare în rolurile sociale, aceştia, împreună cu familiile şi cu relativii lor, se reunesc în asociaţii de auto-ajutor. Astfel, există şi acţionează, inclusiv în România, asociaţii ale rudelor, ale relativilor persoanelor cu deficienţă mintală, ale copiilor cu autism infantil, ale celor cu boală Down sau boală Alzheimer; precum şi asociaţii cu caracter mai larg,

care cuprind membri ai familiilor, dar şi pe foştii pacienţi ce prezintă defecte psihice minore din domeniul unor boli psihice, mai ales din cel al psihozelor schizofrene.[2] Aceste organizaţii non-guvernamentale (O.N.G.) completează acţiunile medicale terapeutice şi depun eforturi pentru integrarea în societate a celor ce au trecut prin psihoză, boală, tulburare sau proces psihopatologic ce conduce la un anume defect. Împreună cu echipele de acţiune medico-socială, dar implicând şi administraţia locală şi diverse instanţe civice, ele se străduie ca, prin activităţi de reabilitare psiho-socială şi programe „antistigma", să se menţină cât mai mult şi mai firesc în comunitate. Orbii, surzii, persoanele cu defecte de mers, cei care nu au atins un nivel intelectual normal etc., trebuie acceptaţi de către colectivitate. Iar aceasta urmează să creeze cât mai multe punţi de apropiere şi integrare, fără a practica o rejecţie care alienează. Din acest punct de vedere, minoritatea defectivilor psihici se cere a nu fi discriminată faţă de alte minorităţi defectiv-medicale.

Pentru psihiatrie mai există o faţă a problemei, atunci când se are în vedere întreaga societate. Circumscrierea „bolii psihice" nu e suficient de riguroasă şi determinismul ei nu poate fi bine explicat decât pentru câteva categorii nosologice. În marginea „cazurilor psihopatologice clinice clare", pe care se sprijină medicina psihiatrică, există tulburări şi suferinţe care, prin intensitate şi mod de manifestare, apar ca marginale. Ele reprezintă o reală problemă, atât pentru indivizii în cauză, cât şi pentru colectivitate. Ne aflăm acum nu după manifestarea unei tulburări psihice majore ce a lăsat sechele, ci înainte de identificarea şi etichetarea cazului ca aparţinând problematicii psihiatrice medicale. Astfel de situaţii modifică mult calitatea vieţii persoanelor respective şi a celor din jurul lor. Fapt ce are importanţă, de vreme ce, cazul respectiv poate beneficia uneori de intervenţii terapeutice preventive, de consiliere şi suport psiho-social, de psihoterapie. Zona intermediară dintre patologia psihică pregnantă şi modalităţile fireşti ale existenţei oamenilor – din care suferinţa nu lipseşte niciodată – necesită, de asemenea, atenţie, chiar dacă nu o putem eticheta decât ca anormalitate, mai circumstanţială sau mai prelungită. În plus, se cere acordată atenţie persoanelor „vulnerabile"; adică acelora care nu se află în anormalitate sau boală, dar au mai multe şanse decât restul populaţiei, un mai mare risc de a le realiza.

[2] A se vedea paragraful 3.5.

Problemele menţionate anterior sugerează că „modelul medical" nu este suficient pentru identificarea, circumscrierea şi abordarea nuanţată a stărilor psihopatologice. De aceea, au şi existat tentative de a se construi şi alte modele.

Lucrarea de faţă are patru părţi:

a) **Bolnavul psihic în calitatea sa de caz psihiatric**, privit deci din perspectiva ştiinţei şi practicii medicale (Cap. 2). Această abordare are la bază referirea la cunoaşterea teoretică acumulată de ştiinţa medicală psihiatrică, sintetizată în tratate, reviste, comunicări ştiinţifice etc. Se au acum în vedere „cazuri tipice ideale" la care realitatea nemijlocită a unui om bolnav şi suferind psihic este raportată. Cunoaşterea teoretică, ce se amplifică restructurându-se periodic, se impune ca un ghid pentru acţiunile practice ale psihiatrilor, în calitatea lor de terapeuţi.

b) **Bolnavul psihic în calitate de cetăţean** (Cap. 3). Aceasta este o abordare din perspectivă social comunitară, urmărind „cazul psihiatric" în concreteţea inserţiei sale în diverse comunităţi umane, împreună cu ansamblul problemelor pe care le ridică coexistenţa sa cu semenii şi posibilităţile de a ameliora această existare împreună, din perspectiva subiectivă şi a colectivităţii.

c) **Bolnavul şi suferindul psihic în perspectivă psihopatologică** (Cap. 4); vor fi comentate iniţial bazele teoretice ale psihopatologiei, apoi problema psihanalizei, dezvoltându-se ulterior tema (Paragraful 4) structurării normale şi deviante a persoanei de-a lungul ciclurilor vieţii, dintr-o perspectivă etologică, cognitivistă şi fenomenologică.

d) **Probleme ale psihopatologiei din perspectivă antropologică, fenomenologico-cognitivistă** (Cap. 5). Acest capitol abordează iniţial unele probleme specifice omului ca individ, (normal) cum ar fi persoana, conştiinţa, subiectivitatea, identitatea, spaţio-temporalitatea specific antropologică, relaţionarea socială, cunoaşterea lumii, intenţionalitatea, acţiunea, biografia. Ulterior, sunt comentate trăirile psihopatologice înţelese ca fenomene antropologice. Se încearcă atragerea atenţiei asupra specificului uman al psihopatologiei pe care psihiatria biologică a ultimelor decenii îl trece în plan secund. Abordarea fenomenologică se vrea o provocare pentru acel aspect al psihopatologiei „cognitiviste" care pune accent pe fundamentele neuro-fiziologice cerebrale şi cele modelabile logico-matematico-fizic (în sensul Inteligenţelor Artificiale) ale manifestărilor psihice normale şi patologice.

Textul acestei cărţi nu e redactat în stilul unui manual sau tratat cu pretenţii de exhaustivitate în abordarea problemelor. Aspecte descriptive psihopatologice sunt prezentate doar în câteva paragrafe (2.5.1., 2.8.2., 5.9 – 1.11).

Intenţia lucrării este cea a unei dezbateri de idei, care să ridice probleme lectorului interesat în domeniile anunţate în titlu şi în tabla de materii a paragrafelor capitolelor, invitându-l la meditaţie şi dialog.

Cele patru abordări menţionate presupun o anumită înţelegere a omului, o concepţie asupra lumii umane. În continuare vom prezenta rezumativ concepţia despre om, la care am aderat şi pe care o avem în vedere.

Credem că, pentru necesităţile psihopatologiei, ar fi operantă viziunea lui Popper, diversificată şi nuanţată în unele aspecte.

Popper (6) consideră că, atunci când se comentează existenţa „umanului" (antroposului), trebuie distinse 3 lumi, aflate, desigur, în strânsă conexiune:

1. **Lumea corpurilor fizice;** aceasta este proprie omului, mai ales prin corporalitatea sa fizico-biologică şi indirect prin unele „obiecte" pe care le produce şi le utilizează în cadrul lumii a 3-a.

2. **Lumea stărilor şi proceselor mintale ale indivizilor,** trăite subiectiv şi care sunt mai mult sau mai puţin exprimate public.

3. **Lumea produselor minţii omeneşti** şi, în primul rând, a celor realizate prin intermediul limbajului descriptiv asertiv şi critic (argumentativ). Din acestea ar face parte: miturile, poveştile, istoriile, romanele, dar mai ales teoriile ştiinţifice. Tot din lumea a 3-a face parte ceea ce e produs de om în celelalte două lumi, inclusiv obiectele fizice (de tipul celor din lumea 1) care sunt specifice, prin semnificaţia lor, lumii umane, aşa cum ar fi bibliotecile, cărţile şi revistele, sculpturile, picturile, desenele, piesele de teatru şi simfoniile interpretate, dezbaterile ştiinţifice, produsele educaţionale; dar şi clădiri, uzine, unelte. Şi la fel, acţiuni ce pornesc din lumea a 2-a, o traversează pe cea de-a 3-a, reîntorcându-se în cea de a 2-a, aşa cum ar fi rezultatele pedagogiei, sau ale unei cure terapeutice psihanalitice.

Nucleul lumii a 3-a l-ar constitui teoriile ştiinţifice redactate în limbaj discursiv critic, care conţine o cunoaştere „exo-somatică" în raport cu individul muritor (în timp ce animalele posedă esenţialmente o cunoaştere endo-somatică, raportată la perenitatea sau lunga existenţă a instanţei genelor). Persoanele umane ca „euri" conştiente ce constituie lumea a 2-a, înrădăcinate fiind în corpul lor bio-fizic (ce face parte din lumea 1) sunt ancorate în lumea a 3-a, pe care nu doar o produc şi o cunosc, dar o şi metamorfozează, dezvăluind în instanţa teoretică (ca, de exemplu, cea matematică) noi şi noi aspecte. Sau, criticând şi testând experimental validitatea teoriilor; care, astfel, pot să „moară", fiind înlocuite cu teorii ştiinţifice noi, mai „adevărate". Apare, astfel, perspectiva creşterii cunoaşterii care reprezintă „un fel de" evoluţionism, comparabil, până la

un punct, cu cel biologic. Popper s-a interesat efectiv de evoluţia din biologie şi de progresele etologiei, fapt care face ca viziunea lui, dezvoltată adecvat, să fie utilă unor noi sinteze în psihologie şi psihopatologie.

Concepţia ontologică a lui Popper este una predominant structural-statică ce identifică şi circumscrie trei instanţe. Realitatea fiinţei şi fiinţării umanului este însă esenţialmente şi una dinamică, a intercorelaţiilor, inter-condiţionărilor reciproce, a metamorfozelor şi devenirii. Acest aspect, plasat în plan secund de către Popper, va sta şi el în permanenţă la baza presupoziţiilor ontologice ale lucrării de faţă.

Psihopatologia de la sfârşitul sec. XX şi începutul sec. XXI nu poate ignora nici înrădăcinarea persoanei conştiente în solul său biologic, şi nici specificitatea umanului, pentru aproximarea căreia, doctrina lui Popper este plină de sugestii.

Dezvoltarea ontogenetică, afirmarea situaţională şi metamorfoza creatoare a persoanei umane conştiente se realizează la nivelul conjuncţiei dintre individualul biosului şi individualul antroposului (acesta din urmă apărând şi manifestându-se la un nivel evolutiv superior faţă de cel al biosului). Din această perspectivă, conştiinţa unei persoane este doar un aspect al realităţii de ansamblu al umanului. Mai precis, ea e plasată la polul „individualului"(în lumea a 2-a a lui Popper). Antroposul, pentru a se circumscrie integral, presupune în cadrul unei înţelegeri lărgite a lumii a 3-a a lui Popper atât instanţa logosului supraindividual, precum şi pe cea a idealităţii logico-valorice a spiritualităţii, ce deschide fiinţa şi fiinţarea umană întru transcendenţă (7). Logosul comunitar, bazat pe limbajul asertiv critic pe care-l evidenţiază şi-l aduce în prim plan Popper, cuprinde instanţa comuniunii comunitare a intersubiectivităţii şi relaţiilor persoanelor angajate în practici instituţionalizate; precum şi produsele „teoretice" aşa de pregnant comentate de Popper ca mituri, povestiri, romane, teorii ştiinţifice etc. Instanţa cultural-spirituală presupune (implică) unele limite, marcate de „idealitatea" pe care o introduce logica şi instanţa valorilor (de bine, adevăr, frumos). Acest nivel al idealităţii limitative este unul ambiguu, deoarece, în acelaşi timp, el deschide orizontul transcedentalo-transcendent ce face posibilă creaţia întru nou şi încercarea de fundamentare a existenţei. Cele trei instanţe ale: a) individualului conştiinţei, b) comuniunii comunitare a logosului şi c) idealităţii valoric-transcendente, coexistă într-o permanentă interacţiune şi definire reciprocă (în interşanjabilitate şi „perihoreză" (8). Fundamentarea acestei problematici antropologico-ontologice depăşeşte domeniul comentariului psihiatrico-psihopatologic şi, deci, al dezbaterii prezente.

Totuşi, subliniem că acceptăm trei instanţe interconectate şi interdeterminate în interiorul antroposului (distinct de bios), fapt ce interesează domeniul pe care-l avem în vedere. Menţionăm:

Lumea a-3-a a lui Popper în sens lărgit

Inserţie în bios în fisis	Individualul persoanei conştiente	Logosul comunitar supraindividual practico-teoretic bazat pe limbajul asertiv-critic	Idealitatea logico-valorică ce delimitează umanul, deschizându-l în direcţia transcendenţei şi a creaţiei întru nou, întru devenire

Psihologia şi psihopatologia, în calitatea lor de ştiinţe antropologice, se centrează tradiţional pe individualul persoanei conştiente. Această realitate (a persoanei conştiente) are la bază, evident, corporalitatea biologico-cerebrală a speciei-om, cu toate potenţialităţile şi capacităţile sale şi cu tot ceea ce aceasta înmagazinează ca şi cunoaştere. De fapt, până la un punct, e vorba de o „precunoaştere", în sens de predispoziţie în direcţia selectării anumitor informaţii ambiante care, progresiv, devin şi structurante, şi apoi se instituie ca noutate şi originalitate. Dar, *individul–persoană* poartă cu el, înscris în el, tot ceea ce îi este supraordonat, în perspectiva logosului şi a spiritualităţii[3].

Pe această cale, deci, fiecare individ uman poate accede la ansamblul structural al specificului ontologic al umanului, înţeles ca antropos.[4]

[3]Această temă, a includerii ansamblului instanţelor umanului în individualitatea persoanei conştiente, este reluată şi în paragraful (4.3.2. – 8).

[4]Termenul de „antropos", echivalent cu „umanul" considerat în globalitatea şi complexitatea sa (deci, reunind cele trei instanţe menţionate), este utilizat pentru a sparge stereotipa de gândire care ne face ca, atunci când invocăm omul, să avem în vedere, în primul rând, dacă nu exclusiv, instanţa individuală a acestuia, persoana umană conştientă. Susţinem ferm că şi celelalte două instanţe menţionate – cea a logosului comunitar practico-teoretic susţinut de limbajul asertiv critic şi cea cultural-valorică a spiritualităţii ce deschide orizontul transcendenţei – au realitate ontico-ontologică în afara (deasupra) existenţei persoanei individuale, ce se naşte şi moare (în conformitate cu programul solului de individ biologic în care e inserată); moarte care e esenţialmente una biologică şi nu specific umană.

I. Bibliografie, note, comentarii

1. Foucault, M., (1996), *Istoria nebuniei în epoca clasică*, Ed. Humanitas, Bucureşti.
2. Descartes, (1993), *Meditaţii metafizice*, Ed. Crater, Bucureşti, p. 20: „Dar, deşi simţurile ne înşeală uneori... poate că există şi multe altele, în legătură cu care, în mod raţional, nu te poţi îndoi; cu toate că le recunoaştem prin intermediul respectivelor simţuri; de exemplu, că acum sunt aici, aşezat lângă sobă, îmbrăcat în halat, având în mână această coală de hârtie, şi altele de această natură. Şi cum aş putea să neg că aceste mâini şi corpul acesta sunt ale mele? Decât dacă nu cumva mă aşez în rândul celor smintiţi, al căror creier este atât de deranjat şi de întunecat de aburii negrii ai bilei, încât dau fără întrerupere asigurări fie că ei sunt regi, pe când ei sunt, de fapt, foarte sărmani; fie că sunt înveşmântaţi în aur şi purpură, pe când ei sunt complet goi; sau îşi imaginează că sunt ulcioare, sau că au un corp de sticlă. Dar aceştia sunt nebuni, şi cum aş fi eu mai puţin extravagant dacă m-aş conduce după exemplul lor?"
3. Derrida, J., (1998), „Cogito şi istoria nebuniei", în *Scriitura şi diferenţa*, Ed. Univers, p. 52–98.
4. Erasmus, (1959), *Elogiul nebuniei*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti.
5. În ultimul timp s-a comentat mult pe seama „utopiilor" socio-politice considerate ca nebenefice, nocive chiar, în perspectiva politico-istorică. Această atitudine a fost declanşată de K. Popper, printr-o lucrare publicată în 1945 şi tradusă în limba română.
   a) Popper, K., (1993), *Societatea deschisă şi duşmanii ei*, Ed. Humanitas, Bucureşti. Privitor la ideea de „Utopie" nu poate fi ocolită lucrarea:
   b) Cioran, E., (1992), *Istorie şi utopie*, Ed. Humanitas, Bucureşti; autorul, răspunzând unei scrisori primite de la C. Noica, denunţa ideologia comunismului de tip rusesc-leninist ca responsabilă pentru: „degradarea ideii de utopie", idee faţă de care, ca om de cultură, avea un anumit respect, ba chiar nostalgie. Menţionăm şi poziţionarea lui Ricoeur, dintr-o carte publicată în 1986 şi tradusă în limba română.
   c) Ricoeur, P., (1995), *Eseuri de hermeneutică*, Ed. Humanitas, Bucureşti; în lucrare este luată în dezbatere problema ideologiei şi utopiei (socio-politice) în termeni care lasă dialogul deschis (p. 204–231).
6. Karl Popper a fost un teoretician al dezvoltării şi metamorfozei „Teoriilor ştiinţifice" în sensul creşterii cunoaşterii prin „falsificarea" (invalidarea), repetată în timp, a teoriilor existente la un moment dat. Pe lângă concepţia sa asupra celor 3 lumi, Popper s-a preocupat şi de problema minte-corp, începând cu lucrarea care a publicat-o împreună cu Eccles (1977) şi continuând până la sfârşitul vieţii sale, perioadă din care face parte şi unul din textele menţionate (g). Vom prezenta o listă cu cele mai semnificative publicaţii ale sale în domeniile amintite, dintre care unele au fost traduse în limba română:

   a) Popper, K., (1960), *The logic of scientific discovery*, Huchivson, London.
   b) Popper, K.,(1970), „Adevăr, raţionalitate şi progresul cunoaşterii ştiinţifice" în *Logica Ştiinţei*, Ed. Politică, Bucureşti, p. 99–128.
   c) Popper, K., (1974), „Epistemologia fără subiect cunoscător" în *Epistemologia orientării contemporane*, Ed. Politică, Bucureşti, p. 69–120.
   d) Popper, K., Eccles, J. C., (1977), *The Self and its Brain*, Ed. Springer, Heidelberg.
   e) Popper, K., (1981), „Raţionalitatea revoluţiilor ştiinţifice" în *Istoria ştiinţei şi preconstrucţia ei conceptuală*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.
   f) Popper, K., Lorenz, K. (1997), *Viitorul este deschis*, Ed. Trei, Bucureşti.
   g) Popper, K., (1997), *Cunoaşterea şi problema corp-minte*, Ed. Trei, Bucureşti.
   h) Popper, K., (1996), „Problema minte-trup" în Botez, *Filozofia mintalului*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, p. 197–208 (98).
7. Lăzărescu, M.,(1994), *Eseu despre fiinţele intermediare*, Ed. de Vest, Timişoara.
8. Conceptul de „perihoreză" este dezvoltat de dogmatica creştină ortodoxă care înţelege prin el co-prezenţa, inter-pătrunderea între ele ale celor trei ipostaze ale Dumnezeului unic. A se vedea:
   a) Stăniloaie, D., (1978), *Teologia Dogmatică Ortodoxă*, Ed. Institutului Biblic, vol. 1, Bucureşti.
   b) Rezuş, P., (1989), *Teologia Ortodoxă Contemporană*, Ed. Mitropoliei Banatului, Timişoara.

2. BOLNAVUL PSIHIC ÎN IPOSTAZA DE „CAZ" MEDICAL PSIHIATRIC

2.1. Cazul psihiatric în perspectiva ştiinţei medicale şi a logosului

Medicina este o practică umană. Ea reuneşte specialişti care, într-un cadru instituţionalizat, studiază, diagnostichează şi tratează boli, se ocupă de prevenţia reapariţiei şi recăderii acestora, de promovarea sănătăţii. Psihiatria este o ramură a medicinei. În această calitate de „ştiinţă" (9), ea studiază, diagnostichează şi tratează boli psihice, „tulburări psihice şi comportamentale"[5] ce interferează negativ cu funcţionarea socială, cu starea de bine subiectiv a persoanei, cu integrarea comunitară şi creativitatea acesteia.

Medicina, în general, şi psihiatria, în special, se referă, deci, la suferinţe de tip maladiv. Cunoaşterea acumulată de medicina psihiatrică este organizată într-un discurs de tipul teoriei ştiinţifice, care presupune o definire – o circumscriere – a bolilor cunoscute şi ordonarea lor într-un sistem nosologico-nosografic structurat după anumite principii. Discursul ştiinţific regional al psihiatriei, prezent în manuale, tratate, ghiduri practice, instrumente de evaluare standardizate, reviste ştiinţifice, comunicări la congrese, cursuri etc., rezultă din experienţa practică a psihiatrului şi echipei sale, precum şi din cercetările sistematice realizate în domeniu. El poate beneficia şi de cunoştinţele obţinute în

[5] Expresia de „Tulburări psihice şi comportamentale" intenţionează să o înlocuiască pe cea de „Boli psihice" în ultima clasificare internaţională a bolilor, publicată de OMS în 1992 (a se vedea bibliografie 34).

ştiinţe conexe, cum ar fi genetica, etologia, „ştiinţele creierului", psihologia, sociologia, antropologia culturală, etica. Practicianul, ce abordează un caz concret, se raportează mai mult sau mai puţin conştient la cunoaşterea mai sus menţionată, pe care şi-au însuşit-o sau la care are acces. În plus, el se bazează pe experienţa sa, pe cazurile similare ce le-a tratat sau le-a cunoscut nemijlocit, pe cazuistica reunită în culegerile de „cazuri-tipice", „cazuri şcoală", „cazuri robot", „cazuri atipice", „cazuri problemă" (10). În cele din urmă, se poate susţine că circumscrierea într-un tratat a unei boli reprezintă un fel de sinteză cazuistică abstractă, ce funcţionează drept ghid. În ansamblu, cazuistica poate fi considerată ca un ansamblu de cazuri descrise, comentate şi interpretate, ce umple distanţa dintre o boală definită într-un manual de medicină şi un caz dat. Această perspectivă poate fi considerată ca valabilă pentru întreaga medicină şi permite un comentariu paralel cu practica juridică, în care cazuistica joacă, de asemenea, un rol important. Se cere subliniat faptul că, ori de câte ori e vorba de un bolnav (psihic) real, comentarea sa drept „caz" e posibilă doar în măsura în care el e transpus în instanţa logosului. Adică, este descris prin limbaj, i se întocmeşte o foaie de observaţie (sau un dosar) ce cuprinde diverse documente: consemnarea datelor biografice din diverse surse, examen psihiatric, referinţe ale altora asupra comportamentului său în diverse situaţii, (de exemplu, raportul asistentului social, informaţiile de la relativi), examenul psihologic, examenele de laborator, notarea evoluţiei, epicriza, sinteza rezumativă comentată şi interpretată a tulburărilor sale. Astfel, „cazul" devine accesibil şi altora, fiind transmis prin discurs, prin documente scrise sau înregistrate şi difuzate prin mijloace mass-media (casete audio, fotografii, texte, înregistrări video), chiar în absenţa fizic-existenţială a persoanei în cauză. Aceasta poate fi în altă localitate, poate să fi trecut mult timp de la circumscrierea sa drept caz, poate chiar să fi decedat. Şi totuşi, ea – în calitate de caz – este accesibilă multora, tocmai datorită existenţei sale secunde, în substanţa logosului.

Perspectiva psihiatriei, considerată în primă instanţă ca ştiinţă medicală, se referă deci la cazul psihiatric, la cazurile psihiatrice ce emană din realitatea nemijlocită a pacienţilor, dar nu se confundă cu realitatea efectivă a existenţei acestora, ci sunt transpuse în abstracţia ştiinţifică formulată în instanţa logosului. Investigarea, formularea diagnosticului, terapia, toate sunt considerate, la acest nivel, entităţi abstracte, teoretice, normative până la un punct. Acest plan teoretic-normativ stă la baza a ceea ce, ulterior, se petrece efectiv, evenimenţial, în relaţia nemijlocită interpersonală dintre medic şi pacient, între membrii echipei de diagnostic, terapie şi reabilitare, şi beneficiarii lor.

Considerarea bolnavului psihic drept caz psihiatric este până la un punct distinctă de considerarea sa ca cetăţean, ca membru mai mult sau mai puţin activ al unei comunităţi umane (Cap. 3). Şi la fel, distinctă de abordarea sa din perspectiva trăirilor sale subiective, mai mult sau mai puţin conştiente, a unei psihopatologii antropologice în care pe prim plan trece analiza structurării şi devierii existenţei sale abordată din punctul de vedere al subiectivităţii conştiinţei personale (Cap. 4 şi 5).

2.2. Modelul medical în psihiatrie. Consideraţii generale

De vreme ce psihiatria a fost acceptată ca o ramură a medicinii, un model medical al tulburărilor psihice trebuia inevitabil să se impună. Faptul a ieşit în evidenţă la cumpăna dintre secolul XIX şi XX, prin opera lui Kraepelin. (11) Autorul german a pus bazele unui sistem nosologico-nosografic relativ coerent al tulburărilor psihice şi a insistat asupra faptului că, şi în cazul acestora, trebuie să se aibă în vedere nu doar perspectiva semiologică (simptomatologică), ci şi cea a terenului, cea etiologică şi evolutivă. „Demenţa precoce" pe care a individualizat-o (şi care stă la baza cadrului nosologic a ceea ce ulterior s-a numit schizofrenie) a fost considerată ca o boală ce apare pe terenul unor persoane de vârstă tânără şi are o tendinţă evolutivă nefavorabilă, conducând spre un defect psihic grav „demenţial"(de aspect diferit decât cel al demenţelor organice de la vârsta adultă şi tardivă, adică la o „demenţă vesanică"). Etiologia bolii era considerată ca necunoscută, dar plasată în marginea tulburărilor organic-cerebrale majore. Deci, cu un termen ce s-a impus la începutul secolului nostru, Kraepelin consideră demenţa precoce (=schizofrenie) ca o „psihoză endogenă". În contrast cu demenţa precoce (=schizofrenie), Kraepelin a descris şi o altă psihoză endogenă, boala maniaco-depresivă care ar apărea la vârsta adultă şi s-ar caracteriza prin alternanţe, la diverse intervale de timp, ale unor episoade maniacale sau depresive, evoluţia obişnuită fiind spre remisiune completă interepisodică.

Modelul medical a fost mult dezvoltat şi rafinat în ultimele trei decenii, în paralel cu alte modele teoretice, care nu au încetat niciodată să se afirme în decursul veacului (12).

Psihopatologia ca ştiinţă s-a dezvoltat tot în acest secol XX, având un prim moment de vârf în lucrarea lui Jaspers, din 1911, intitulată „Psihopatologie generală" (13). De la prima ediţie şi tot mai insistent în ediţiile următoare,

Jaspers a insistat asupra faptului că „boala psihică", deşi se bazează pe realitatea oamenilor suferinzi, este, în cele din urmă, un construct teoretic abstract, realizat din cunoştinţele comunităţii „ştiinţifice", aşa cum se agregă acestea la un moment dat. Boala psihică şi sistemul nosologico-nosografic al psihiatriei constituit astfel reprezintă un model ideal, de referinţă, în raport cu cazurile individuale şi cazuistica acumulată. Această interesantă şi importantă idee, care a fost reluată de către Glätzel (14) şi de mulţi alţii, credem că nu a fost suficient analizată de cei ce s-au preocupat, până în zilele noastre, de „modelul medical" în psihiatrie.

Comentarea tulburărilor psihice din perspectivă medicală presupune abordarea următoarelor teme: terenul, episodul psihopatologic, simptomatologia sindromatică ce caracterizează un astfel de episod, etiopatogenia, problematica bolii psihice şi a sistemului nosologico-nosografic al psihiatriei, defectul, diagnosticul şi terapiile specifice.

2.3. Terenul predispus pentru tulburări psihice

Unul din aspectele importante ale medicinei sec. XX constă din redescoperirea rolului pe care-l joacă terenul, în conjuncţie cu noxele actuale, în condiţionarea apariţiei unui episod maladiv. Pentru psihiatrie, terenul constă din ansamblul caracteristicilor bio-psiho-sociale şi spirituale ale persoanei, aşa cum se manifestă ele, la un moment dat, ca rezultat al întregii biografii. Vârsta şi sexul fac parte, evident, din teren; dar şi multe alte aspecte, precum factorii genetici, particularităţile tipologico-caracteriale, inteligenţa, fondul de cunoştinţe şi abilităţile subiectului, instrucţia, competenţele sale profesionale, statutul marital şi felul în care este el inserat în nişa sa ecologică umană (15).

Terenul personalistic poate avea particularităţi, poate fi defectiv sau vulnerabil. Astfel, la vârsta adultă, ca o consecinţă a unor noxe ce au acţionat în cursul ontogenezei, individul poate prezenta un intelect insuficient de complex şi dezvoltat (o deficienţă mintală de diverse grade), o majoră incapacitate în relaţionarea socială (drept consecinţă a manifestării din copilărie a unei „dezvoltări pervasive", de tipul „tulburării autiste"). Sau, poate să se manifeste printr-o tulburare a trăsăturilor tipologico-caracteriale însoţite de comportament dis-social. Această ultimă situaţie este receptată de psihiatria clinică sub forma unui diagnostic de „tulburare de personalitate" şi plasată în unele sisteme de

diagnostic, pe o axă separată de cea a tulburărilor psihopatologice „actuale", ce se constituie într-un episod maladiv psihiatric. „Tulburarea de personalitate" poate avea diverse intensităţi şi formule de manifestare. S-au descris şi „personalităţi particulare" (sau „accentuate") (16, 17) care, prin ele însele, nu se pot erija într-un diagnostic psihiatric. Suntem într-un domeniu al continuum-ului psihologico-psihopatologic. Din perspectiva doctrinei „vulnerabilităţii", se poate considera – pentru multe cazuri – că aceasta s-a impregnat sau „s-a încrustat" în structura personalităţii, făcând-o mai vulnerabilă pentru tulburări psihice episodice, în general şi în special (18). Dar, vulnerabilitatea psihopatologică a persoanei poate fi prezentă şi fără evidente sau notabile tulburări ale personalităţii (fig. I).

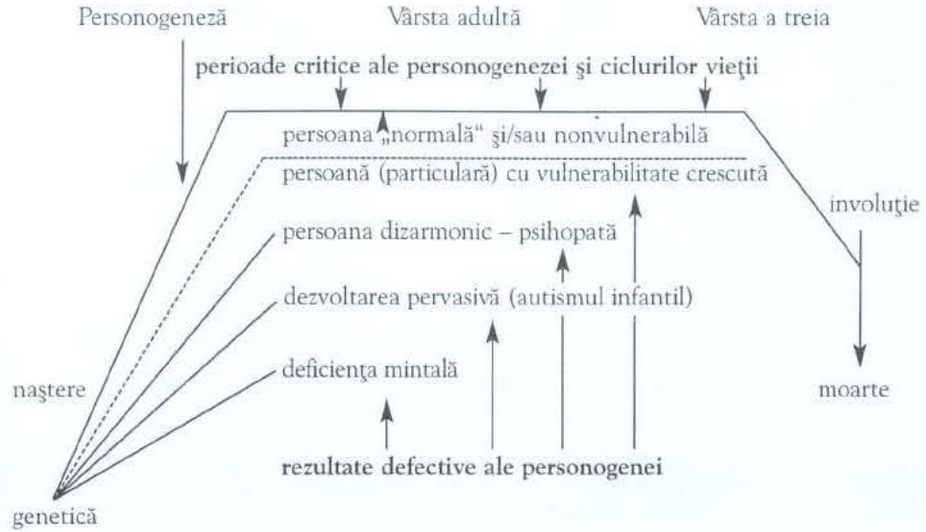


Figura I. Tipuri ale dezvoltării personalităţii

Vulnerabilitatea persoanei pentru tulburări psihice este o caracteristică de fond. Ea se constituie printr-un cumul diacron de noxe ce se conjugă de-a lungul biografiei în formula unui „determinism nonlinear". Teoria vulnerabili-

tate/stres a fost comentată iniţial, de Zubin, pentru schizofrenie (19), ea fiind, în prezent, acceptată pentru aproape toate tulburările psihiatrice (18). Se au în vedere, în primul rând, factorii genetici care acţionează prin influenţarea dezvoltării corporale, în general, şi a celei cerebrale, în special. Apoi, noxele fizico-biologice din perioada intrauterină, perinatală şi postnatală. Acestea pot influenţa migraţia neuronală şi formarea conexiunilor interneuronale. Şi, la fel, pot condiţiona diverse leziuni cerebrale (minore, difuze, localizate). Pe această cale se poate îngreuna achiziţionarea diverselor funcţii şi comportamente specific umane. Pe de altă parte, influenţele psihice resimţite ca venind din partea mamei în perioada intrauterină şi în cea de sugar pot contribui, de asemenea, la vulne-rabilizarea persoanei. Modul în care se realizează relaţia de ataşament – între 8 luni şi 3 ani – relaţiile intrafamiliale, raportarea la copil în primii 3 ani de viaţă şi mai târziu, eventualele abuzuri exercitate asupra copilului, diversele boli somatice şi neurologice suferite de acesta, care pot lăsa unele sechele, influenţele resimţite din relaţiile cu alţi copii de diverse vârste, cu educatorii, întregul proces de învăţare şi educare, la care tânărul în formare e angrenat, toate, la un loc, pot condiţiona vulnerabilizarea individului. Evenimente de viaţă stresante, cu durată limitată sau stresuri prelungite, abandonul sau lipsa unei stimulări suficiente, absenţa unor imagouri de identificare şi de orientare a opţiunilor şi comportamentelor, precum şi multe alte aspecte biografice pot participa şi ele la vulnerabilizarea progresivă a persoanei. Dezvoltarea ontogenetică are perioade relativ stabile de progresie şi perioade „critice", de salt developmental. Influenţele psiho-sociale nocive pot fi diferite la diverse vârste şi în anumite momente ale vieţii, ele acţionând mai dramatic în perioadele critice. Situaţiile sau evenimentele stresante din cursul ontogenezei nu duc automat la o persoană adultă vulnerabilă. Poate funcţiona un mecanism de elasticitate („resilience"), de compensare şi supracompensare care să conducă la formarea unui adult cu vulnerabilitate redusă sau cu „nonvulnerabilitate" (20, 21: a, b, c)[6].

Vulnerabilitatea de fond pentru anumite tulburări psihice se poate uneori evidenţia prin prezenţa unor markeri bio-psihologici. Astfel, pentru schizofrenie (22) se consideră a fi markeri de vulnerabilitate: – diminuarea abilităţii de urmărire vizuală a mişcărilor continue (Smooth Pursuit Eye Movements); – modificări în potenţialul de evocare cortical la prezentarea repetată a unor stimuli: potenţialele evocate arată o reducere a amplitudinii componentelor pozitive tardive;

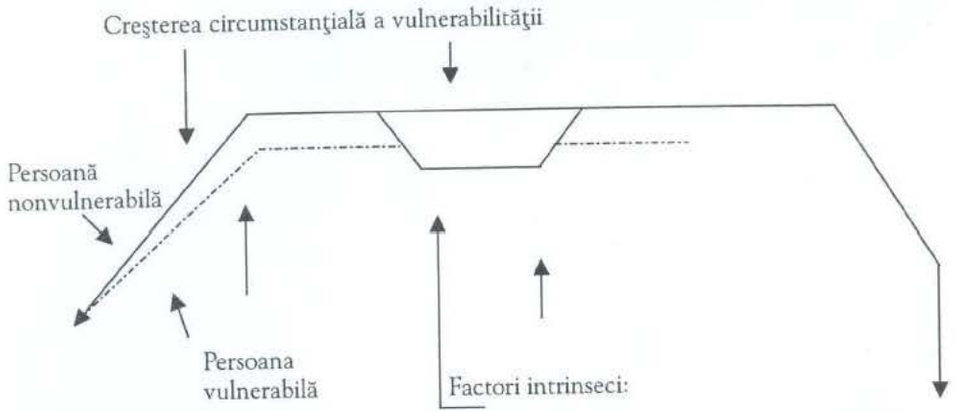
[6] Cele comentate mai sus sunt reluate şi în paragrafele 2.6, 4.3.

– tulburări de integrare interemisferică; – modificări în morfologia creierului cu lărgirea ventriculilor laterali; – deficit de atenţie şi de procesare a informaţiilor. Prezenţa acestor „markeri" întăresc supoziţia că subiectul respectiv prezintă un risc crescut pentru boală. Vulnerabilitatea de fond poate fi compensată sau mascată prin factori psiho-sociali. Aşa ar fi, de exemplu, factorii protectori familiali şi/sau sociali din nişa ecologică proprie, adică o reţea de suport social bogată. Şi la fel, un statut social – de exemplu, profesional – care să convină particularităţilor caracteriale ale persoanei, subiectul identificându-se cu rolul său, fapt ce-i aduce satisfacţii, stima de sine, relaţii şi reţea socială crescută. O astfel de mascare a vulnerabilităţii, prin identificare cu rolurile sociale, a fost exemplar analizată de Tellenbach (23) şi de Kraus (24, 25), în legătură cu „Tipus melancolicus", persoană ataşată excesiv de ordine, datorie şi muncă. Identificarea persoanei cu rolul social poate conduce la bune performanţe sociale[7]. Respectarea de către el a tuturor normativelor sociale îl poate pune în situaţia de a fi considerat, dinspre exterioritatea societăţii, ca „hiper-normal". De fapt, o astfel de persoană e, de obicei, deficitară psihic, fiind lipsită de spontaneitate, de imaginar, neputând suporta şi depăşi sintetic, creator situaţiile ambigue, nereuşind relaţii interumane intime, lipsindu-i capacitatea de a aprecia sărbătorile, jocul şi, în general, capacitatea de a se bucura. Kraus a introdus conceptul de „nomopatie", în sensul că, omul aparent hiper-normal (supus excesiv normelor sociale) este un om, în fond, slab, vulnerabil. Schimbările, uneori inevitabile, ce se petrec în cursul vieţii, pot face să cadă masca acestui suport pe care-l constituie rolul social şi de care subiectul vulnerabil s-a ataşat, în spatele cărora „s-a ascuns", şi să apară un episod depresiv sau anxios. O situaţie, până la un punct, apropiată de precedenta este cea a copiilor ce se doresc mereu premianţi, mereu doar de nota 10, situaţie în care sunt valorizaţi, vulnerabilitatea fiind mascată tot de performanţă. Vulnerabilitatea este uşor de descifrat dat fiind faptul că note ceva mai mici sunt resimţite ca o frustrare, ca un atentat la stima faţă de sine. O altă situaţie de mascare o întâlnim în cazul unei persoane nesigure de sine, predispusă spre anxietate şi fobie socială, care trăieşte lângă un partener puternic ce rezolvă toate problemele curente ale vieţii şi induce partenerului sentimentul protecţiei şi siguranţei; dispariţia acestei persoane protectoare aduce la iveală vulnerabilitatea anxioasă ce era până atunci mascată.

[7] A se vedea şi paragraful 4.3.8.

Vulnerabilitatea de fond poate fi modificată circumstanţial (26) (fig. II):

Factori extrinseci:
– reducerea reţelei de suport social;
– pierderea unor statute şi roluri sociale;
– stresori psiho-sociali cumulaţi, însoţiţi de lipsa de satisfacţii



– conjuncţia nefavorabilă a bio-psiho-ritmurilor antropocosmice;
– abilităţi reduse de „coping" cu stresorii;
– perioade de „criză" developmentală şi existenţială;
– eşecuri, epuizări, rezultate din suprasolicitări şi o evaluare neadecvată a realităţii

Figura II. Creşterea circumstanţială a vulnerabilităţii

Creşterea acesteia în anumite împrejurări depinde de mulţi factori dintre care o parte au fost menţionaţi mai sus: – reducerea reţelei de suport social, mai ales prin scăderea numărului persoanelor protective din ambianţa proprie; – pierderea unui statut social cu care subiectul se identifică; – prezenţa unei perioade „critice" a personogenezei sau a ciclurilor vieţii. Se mai pot adăuga: cumularea în timp relativ redus a unor variaţi şi multipli stresori, conjuncţia nefavorabilă a unor bio-psiho-ritmuri (antropo-cosmice, în formularea lui Tellenbach), perioadele critice ce rezultă din eşuarea propriilor proiecte existenţiale, din criza conştiinţei morale sau din alte „crize existenţiale" (în sens profund antropologico-ontologic). Pe lângă persoane „vulnerabile", pentru tulburări psihice, întâlnim şi persoane „nonvulnerabile", (20) care rezistă la stresori psiho-sociali extrem de duri. Acestea au abilităţi crescute de a face faţă (de „coping") la stresori, de a rezolva probleme,

de a se relaţiona social, asigurându-şi o bogată reţea de suport social; – persoane ce ştiu să se relaxeze, care au suficiente satisfacţii de viaţă. La aceasta mai poate contribui şi convingerea sau o credinţă puternică în „ceva", ideal (sau transcendent). La fel ca şi vulnerabilitatea, nonvulnerabilitatea poate avea o dinamică în decursul biografiei.

Pentru ambele, factorii ce intervin pot fi extrinseci (de exemplu, reţeaua de suport social, statutul social, cumularea de psihotraume) sau intrinseci (abilităţile dobândite de „coping" cu stresul, conjuncţia favorabilă sau nefavorabilă a bio-psiho-ritmurilor antropo-cosmice) etc. Oricum, pentru un anumit caz, la un moment dat, vulnerabilitatea sa se cere analizată şi evaluată (fig. III).

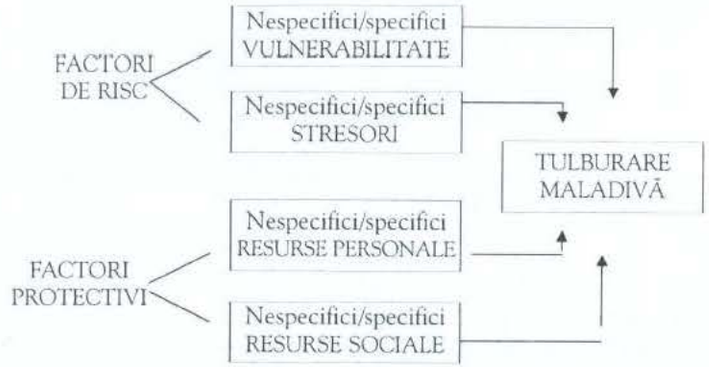


Figura III. Aspecte ale vulnerabilităţii (după Lösel, 1987)

Problema vulnerabilităţii persoanelor pentru tulburări psihice ar putea fi imaginată şi ca distribuindu-se pe o scală, între două valori extreme: maximum de vulnerabilitate şi maxim de nonvulnerabilitate; iar, la mijloc, s-ar plasa majoritatea populaţiei. Cu cât vulnerabilitatea este mai scăzută, cu atât e nevoie de stresori mai puţin intenşi, pentru a induce o stare psihopatologică. Se poate ajunge la situaţia extremă – întâlnită în unele cazuri de schizofrenie sau depresie – ca problemele curente şi banale, ale vieţii de zi cu zi, să devină „supraliminare" şi să se declanşeze episodul psihopatologic (fig. IV).

O astfel de diagramă nu poate fi acceptată simplist, datorită dinamicii intrinseci persoanei şi a multitudinii de variabile ce acţionează – stresant sau protector – asupra acesteia de-a lungul timpului.

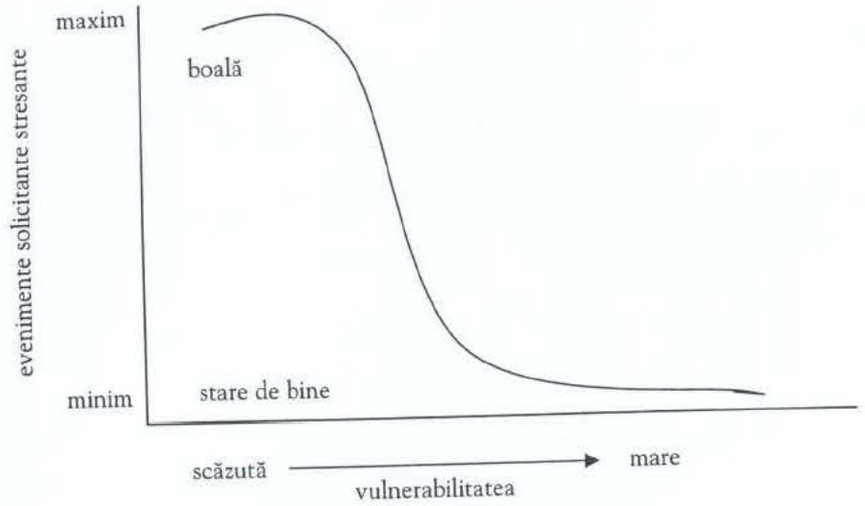


Figura IV. Relaţia între vulnerabilitate şi stresori în apariţia stărilor psihopatologice (după Zubin, 1997)

La creşterea vulnerabilităţii psihiatrice a unei persoane pot contribui şi stări sau episoade psihopatologice anterioare, mai mult sau mai puţin rezolvate. Această situaţie ne plasează în perspectiva bolii psihice care va fi comentată mai departe.

2.4. Episodul psihopatologic[8]

În raport cu terenul personalistic, se poate distinge episodul maladiv psihopatologic (e.ps.). Acesta constă, în esenţă, dintr-o perioadă delimitată de viaţă în care persoana îşi iese din cursul firesc al existenţei sale şi se manifestă printr-un „tablou clinic" ce constă dintr-un ansamblu de trăiri şi exprimări psihice aberante, resimţite subiectiv, manifestate expresiv şi comportamental. În perioada unui e.ps., existenţa persoanei este modificată în sensul că, ea este dominată

[8]Asupra distincţiei dintre episodul psihopatologic şi boala psihică am insistat în „Psihopatologia Clinică", pe care am publicat-o în 1994 (15 la bibliografie). În acest paragraf sunt reluate şi dezvoltate idei din acea lucrare; de aceea, trimiterile bibliografice sunt reduse.

de trăiri, expresii şi comportamente ce persistă rigid, sustrăgând subiectul de la angajările şi receptanţa sa firească, în raport cu diversitatea solicitărilor ce vin din lumea în care el îşi petrece viaţa, reducând sau anulând libertatea sa decizională, de autocontrol şi proiecţie întru viitor. Ca o consecinţă, integrarea şi performanţele sale sociale suferă.

Un e.ps. are o anumită durată care este important să fie precizată. El începe la un moment dat, identificabil mai mult sau mai puţin precis, evoluează spre atingerea unei intensităţi şi complexităţi semiologice maxime, regresând apoi, cu sau fără tratament, până la o remisiune totală sau cu defect. E.ps. clinic poate fi precedat de o perioadă prodromală de săptămâni, luni sau ani de zile (fapt demonstrat, în prezent, pentru unele psihoze endogene). De asemenea, în unele cazuri, perioada de remisiune nu este de la început stabilă, existând un timp în care revenirea este reală, dar vulnerabilitatea maximă; astfel încât, consolidarea remisiunii se realizează de abia după un anumit timp. Iar această remisiune poate fi cu sau fără defect clinic şi social. În perspectivă temporală (diacronă) ar mai fi de făcut următoarele remarci. Există tulburări psihopatologice ce se manifestă paroxistic (cu durată de câteva minute, rar câteva ore) – de exemplu, atacuri de panică – dar recurent; sau, care durează câteva zile, revenind apoi. În aceste cazuri, delimitarea e.ps. are în vedere momentul începerii acestor episoade paroxistice sau scurte, dar recurente şi cel al finalului lor. Este, de asemenea, important să se clarifice dacă în spatele manifestărilor paroxistice de scurtă durată nu stă şi o tulburare psihică „subclinică" care, mai mult decât vulnerabilitatea de fond şi cea circumstanţială, favorizează sau potenţează apariţia recurentă a simptomelor (de exemplu, o tulburare depresivă pentru atacuri de panică izolate, dar repetate). În sfârşit, se cere menţionată şi situaţia în care de la începutul apariţiei şi progresiei manifestărilor psihopatologice acestea nu se remit, cazul evoluând progredient spre cronicitate. Aceasta se petrece în mod firesc în demenţe, rar în schizofrenie şi alte boli psihiatrice (fig. V, VI).

Ceea ce caracterizează în mod specific un e.ps. este tabloul clinic semiotic. Adică, ansamblul simptomelor psihopatologice care apare şi se organizează de obicei în anumite structuri sindromatice. Din punct de vedere clinic psihiatric, este important să se identifice care sunt primele simptome ce se instituie, cum progresează tabloul psihopatologic până la intensitatea sa maximă, în ce constă configuraţia sindromatică a acestui moment de psihopatologie extremă, care este ordinea în care simptomele dispar; şi dacă nu rămân cumva simptome reziduale, articulate mai mult sau mai puţin cu trăsăturile de personalitate (vulnerabilă, particulară, dizarmonică). Tabloul psihopatologic al e.ps. va fi reabordat, pentru

o mai bună înţelegere, după ce va fi comentată semiologia psihiatrică, în perspectiva sindroamelor psihopatologice.

Alături de tabloul clinic semiologic-sindromatic şi de perspectivă temporală a duratei, dinamicii în timp, frecvenţei, e de menţionat şi faptul că e.ps. se corelează şi cu terenul, etio-patogenia şi terapia. Terenul vulnerabil poate fi un factor predispozant, caz în care întâlnim o apropiere între tabloul clinic şi caracteristicile structurale de fond ale personalităţii. De exemplu, un e.ps. anxios poate apărea frecvent la o persoană nesigură de sine şi evitantă, unul depresiv la o persoană pasiv-dependentă, cu stimă de sine scăzută, unul schizofren la o persoană schizoidă etc. Această corelaţie nu se întâlneşte totdeauna. Dacă un e.ps. anxios apare la o persoană hiperexpresiv-histrionică, atunci trăsăturile de fond ale personalităţii vor juca doar un rol patoplastic, prin care manifestările pacientului capătă unele aspecte particulare.

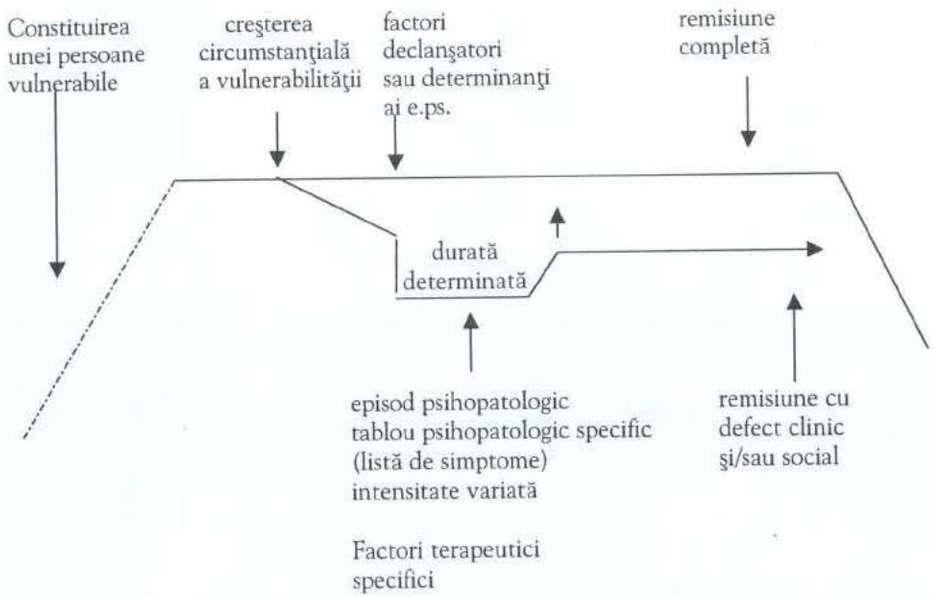


Figura V. Episodul psihopatologic – caracteristici generale

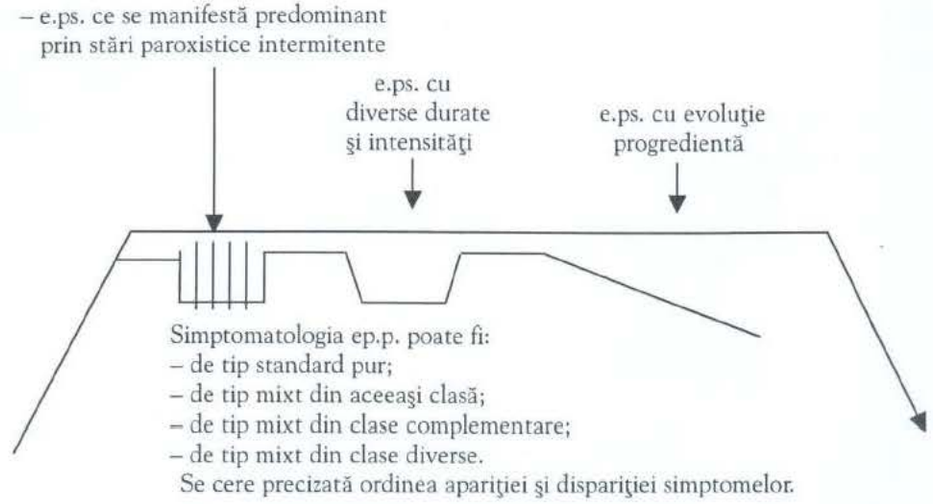


Figura VI. Tipuri de episod psihopatologic

Terenul şi determinismul se cer clarificate, pe cât se poate, în circumscrierea unui e.ps.; căci, în raport cu aceşti parametri, se poate elabora şi proiectul terapeutic. În genere, un e.ps., chiar prin profilul său clinic – prin simptomatologia sa – sugerează unele indicaţii terapeutice, fizico-biologice şi psihosociale. Se poate considera că un episod psihotic se caracterizează, chiar de la început, şi prin terapia sa specifică. Acestea se precizează însă tot mai mult în perspectiva încadrării unui e.ps. într-o eventuală „boală psihiatrică".

Revenind la caracterizarea nucleară a unui e.ps., se cere subliniat că tabloul clinic (semiologic-sindromatic) al acestuia constă din modalităţi de trăire şi comportament rigide, puţin influenţate de factorii ambientali, maladaptative, care se manifestă ca o limită sau o caricatură a trăirilor umane fireşti. Persoana umană normală „ek-sistă[9]" proiectiv şi creator în lumea sa, alături de-şi-împreună-cu-alţii, inseraţi în normativitatea şi structura socio-culturii sale, dimensionată printr-o constelaţie specifică de valori şi prin anumite moduri de vizare a transcendenţei.

[9] Expresia de „ek-sistenţă" e împrumutată din literatura existenţialistă, în primul rând de la Heidegger şi Sartre.

Subiectul normal se află permanent în situaţii problematice, pe care trebuie să le rezolve şi în care se angajează activ, împlinind astfel prezenţa sa în lume, actualitatea trăirii şi afirmării sale. Când ajungem la trăirile şi comportamentele psihopatologice, se petrece o cădere din acest dinamism, din cooperarea cu alţii şi realizarea proiectivă de sine. Dar căderea – minusul, caricatura – se referă la ceva ce face parte din firescul existenţei persoanei, având un corespondent în acestea. Aşa sunt, de exemplu, variantele psihopatologice ale depresiei, anxietăţii, fobiei, asteniei, explozivităţii comportamentale, obsesionalităţii etc.

2.5. Semiologie psihiatrică

În perspectivă teoretică, se pot descrie sindroame psihopatologice tipice – ideale – ca şi cadre de referinţă pentru realitatea clinică. Chiar în acest plan ideal, se cere a se face o diferenţiere între simptom, care se referă la perturbarea unui aspect limitat, a unei funcţii psihice precise – de exemplu, atenţia, percepţia, memoria, reprezentarea, curiozitatea, interesul, dispoziţia afectivă, decizia de acţiune, ritmul derulării proceselor psihice etc. – şi sindrom, care se referă la un ansamblu coerent structurat de simptome ce se manifestă frecvent împreună, având o anumită semnificaţie existenţială şi un anumit suport de perturbare neuro-fiziologică. În cadrul diverselor e.ps. întâlnim tulburări psihice care gravitează în jurul unuia sau mai multor sindroame psihopatologice tipice, interconectate într-un mod determinat în cazul dat. Totdeauna este important ca, pe lângă identificarea sindromului principal – sau a principalei configuraţii sindromatice, care poate face parte dintr-o anumită clasă (de ex., cea anxioasă), să se noteze cu minuţiozitate şi prezenţa, în diverse grade de intensitate, a tuturor simptomelor, de la începutul apariţiei acestora şi până la finalul e.ps. respectiv. Scalele de evaluare (cantitativă) psihopatologice[10] sunt axate tocmai pe această prezenţă şi identificare diacronă a simptomelor (27, 28, 29, 30, 31, 32, 33).

În continuare, vom comenta semiologia psihiatrică din perspectiva sindroamelor, deoarece acestea au de obicei (şi în principiu) un echivalent în trăiri omeneşti fireşti, precum depresia (tristeţea), euforia sărbătorească, spaima, frica, convingerile fanatice etc. Aspectul psihopatologic constă în faptul că respectiva

[10]Privitor la scalele psihopatologice cantitative, a se vedea paragraful 2.10.

trăire se detaşează de contextul comprehensibil, argumentat şi dinamic al existenţei, devine persistentă, acaparează trăirea sufletească a subiectului care-şi pierde deschiderea spre varietatea sensurilor existenţei şi apelurilor umane, interpersonale şi socio-culturale, se detaşează din integrarea normală în existenţa comunitară, uneori perturbând-o; şi astfel, subiectul devine un „străin", un „alienat" în raport cu ceilalţi. La baza fiecărui e.ps. „standard" – al căror număr îl considerăm în principiu limitat – stă şi o tulburare neuro-fiziologică specifică, deseori o perturbare în neuro-transmisia anumitor sisteme cerebrale, mediate de neuro-transmiţători specifici, hiper sau hipofuncţia unor structuri funcţionale cerebrale zonale. Această bază biologică, a tulburărilor psihice sindromatice, este intens cercetată în ultima perioadă, obţinându-se, progresiv, tot mai multe cunoştinţe.

Sindroamele psihopatologice standard (s.ps.st.), aşa cum vor fi prezentate pe scurt în continuare, sunt ipostaziate în situaţia de cazuri tipice ideale. Ele sunt indicate printr-o denumire, caracterizate prin 1–3 elemente esenţiale şi prezentate printr-o listă de simptome care circumscrie forma de referinţă. În realitatea clinică e posibil să nu fie prezente toate simptomele formei ideale, ci un grupaj semnificativ al acestora. De aceea s-a dezvoltat sistemul de diagnostic politetic, practicat în DSM-III – IV (31) şi care enumeră o listă de simptome, precizând un număr minim al acestora, necesar pentru ca diagnosticul să fie pus. Acelaşi procedeu e utilizat în sistemul internaţional lansat de OMS – ICD-10 (34). Desigur, şi simptomele trebuie definite univoc şi clar, fapt realizat, în prezent, în diverse manuale internaţionale, cum ar fi SCAN-OMS (30) şi AMDP (35). Unele simptome, sau chiar grupaje de simptome pot fi prezente în mai multe sindroame. Acest fapt nu creează dificultăţi în descrierea s.ps.st. dar are importanţă în identificarea corectă a tabloului clinic al unui episod psihopatologic. În diagnosticarea acestuia, pe lângă evaluarea combinaţiei sindromatice ce îl caracterizează, se cere a se face, de fiecare dată, o listă de simptome, menţionându-se şi intensitatea acestora. Lista urmează să fie reevaluată periodic, atât în ceea ce priveşte dispariţia sau apariţia unor noi simptome, cât şi în ceea ce priveşte intensitatea acestora.

Diferenţierea dintre simptom–episod maladiv–sindrom–boală, este necesară şi posibilă pentru întreaga psihopatologie şi psihiatrie clinică. Există, însă, şi domenii în care ea e problematică. De exemplu: în ce măsură halucinaţiile sau fobiile pot fi considerate simptome sau elemente ale unui sindrom fobic sau halucinator? Există, apoi, sindroame complexe, ce cuprind multe arii simptomatice, cum ar fi s. depresiv, s. maniacal, s. anxios etc.; şi altele, care cuprind o arie mai

redusă, aşa cum ar fi s. Korsakov. În sfârşit, se ridică şi problema interferenţei cu nosologia. Desigur, se poate descrie un s. delirant, de ex., într-o formă sistematizată, de tip paranoiac, dar există şi o entitate nosologică ce se defineşte aproape exclusiv, prin prezenţa delirului sistematizat = paranoia. În sfârşit, aşa cum deja s-a menţionat, s. psihopatologice se pot combina în „macro-sindroame", care, la rândul lor, pot fi părţi componente ale entităţilor nosologice (de ex., macro-sindromul schizo + şi schizo – etc.).

2.5.1. Descrierea principalelor sindroame psihopatologice standard

1. Sindromul (S.) anxios (=anxietatea generalizată, anticipativă). Anxietatea se caracterizează prin sentimentul unui pericol difuz, neprecizat ca temă, loc şi timp de apariţie; se însoţeşte de nelinişte psihomotorie şi tulburări neurovegetative, predominant în aria cardio-respiratorie. Anxietatea se întâlneşte în normalitate, mai ales în situaţiile cu semnificaţie neclară, de vid informaţional şi lipsă de repere orientative (a „punctelor de sprijin" existenţiale). Baza sa neurobiologică este destul de bine studiată în prezent, derivând din reacţia hipervigilă faţă de stimulii noi, prezentă şi la animale. Există diverse teorii care propun şi o etio-patogenie psihogenă anxietăţii patologice.

În cadrul s. anxios, subiectul are sentimentul pericolului nedefinit şi se află într-o stare de aşteptare încordată, uneori de investigare continuă a ambianţei. Este hipervigil, centrat pe viitorul imediat, atenţia este distributivă, cu dificultăţi de concentrare persistentă; rezultă deficienţe în rezolvarea temeinică a problemelor. Subiectul poate imagina eventualităţi nefavorabile, ce i s-ar putea întâmpla lui sau celor apropiaţi; uneori, chiar bănuieşte apropierea unor întâmplări negative, care nu-i sunt însă suficient de clare; în unele cazuri se poate vorbi de „frica de moarte" sau de echivalente ale acesteia. Subiectul se simte vulnerabil, e nesigur de sine, resimte nevoia de sprijin din partea altora. De aceea, suportă greu singurătatea şi întunericul. Uneori, nu poate dormi singur sau cu lumina stinsă. În general, starea de rău se accentuează vesperal, cu insomnie de adormire şi coşmaruri, ale căror teme sunt deseori iminenţa căderii în gol. Psihomotor, este neliniştit, cu un tonus muscular crescut (nu se poate relaxa), stă cu dificultate mai mult timp într-un loc, privirea e mobilă şi investigatoare, îşi mişcă permanent mâinile, uneori îşi roade unghiile. Este tensionat, uneori hiperreactiv la stimuli minimi (irascibil, nervos). Neurovegetativ, prezintă o tahicardie şi o tahipnee de fond, de obicei transpiraţii (palmare, în axile sau difuze),

accelerarea tranzitului intestinal, posibile greţuri şi balonări, hiperexcitabilitate muşchiulară (datorită hiperpneei), uneori, dermografism crescut, ameţeli, senzaţii de cald sau frig etc. S. anxios poate avea diverse condiţionări, intensităţi şi durate. El se poate combina cu depresia, fobia, mai rar cu obsesia; iar în formele sale intense, cu delirul.

2. Atacul de panică constă din sentimentul morţii iminente, însoţit de tulburări neuro-vegetative marcate. Este o trăire paroxistică, delimitată în timp, a cărui echivalent în normalitate poate fi considerată spaima de intensitate extremă. Neurofiziologic, sunt prezente perturbări de neurotransmisie, mai ales în hipocamp. Subiectiv, pacientul resimte faptul că se află în iminenţa morţii, pe care o corelează cu unele manifestări corporale ce le trăieşte concomitent: senzaţie de sufocare, tahicardie intensă (aceasta poate avea alura de 120–140 bătăi/minut; pacientul stă cu mâna pe puls şi are impresia că inima va înceta să bată dintr-o clipă în alta); senzaţie de vertij şi cădere în gol, de leşin. Poate apărea şi sentimentul derealizării. Trăirile şi fenomenele corporale pot consta, în plus, din algii (mai ales cefalee şi dureri abdominale), tahipnee cu dificultăţi de respiraţie (ce sugerează o criză de astm bronşic), tranzit intestinal accelerat, cu relaxarea sfincterelor. Pacientul adoptă uneori o poziţie nemişcată (solicitând totuşi ajutorul, fapt ce face ca, nu rareori, să se manifeste hiperexpresiv, în maniera crizei „histerice"); sau se precipită prin orice mijloc spre un serviciu medical. Durata e limitată la câteva minute sau ore. Poate apărea ca fenomen singular, sau corelat cu anxietatea, fobia, depresia; dar şi cu alte sindroame (mania, s. schizofreniform etc.).

3. Sindromul Fobic. Fobia constă dintr-o frică intensă şi nemotivată comprehensibil. La fel ca frica obişnuită, ea se referă la anumite „obiecte" (situaţii sau teme) ce fac parte din existenţa subiectului. Acestea pot fi parţial evitate sau se pot lua măsuri de asigurare. Lumea persoanei se împarte în două mari zone: cea a toposurilor, în care subiectul se simte în siguranţă, departe de „obiectele" cunoscute ca fobogene, şi cea a unei ambianţe neprotejate, în care acestea pot apărea şi se impun ca atare. În cazul întâlnirii cu obiectul fobogen, subiectul resimte o stare subiectivă şi corporală neplăcută, ce poate să se manifeste ca şi atac de panică. Bazele neurofiziologice ale fobiei sunt, în mare, aceleaşi ca cele ale anxietăţii, cu precizarea că frica normală (şi deci, şi fobia) depinde destul de mult de experienţele trăite ale subiectului şi deci, de învăţare. O aceeaşi persoană poate prezenta unul sau mai multe tipuri de fobii, forma cea mai complexă fiind agorafobia în sens larg.

Fobiile se descriu şi se identifică în funcţie de obiectul (situaţia, tema) la care se referă. Astfel, se menţionează: a) Fobii speciale; o parte din acestea sunt

fobii spaţiale: – de spaţii înguste cu posibilităţi minime de a le părăsi (de ex., cabina ascensorului) = claustrofobie; – de spaţii largi ce nu pot fi parcurse de către subiect singur, fără un punct de sprijin („Plazschwindel" descris de Westphal); – de înălţime sau adâncime (acesta se poate însoţi, uneori, de compulsia de a se arunca în gol). Altele se pot referi la: fobia de diverse animale, de foc, apă, tunet, de medic sau injecţii, dentist etc. b) Fobia socială: aceasta constă în dificultatea de a se manifesta în prezenţa unor persoane necunoscute sau semicunoscute. De ex., faptul de a vorbi în public (sau chiar de a sta într-un prezidiu), de a mânca, scrie sau chiar de a-şi face necesităţile în zone publice. În contextul apariţiei sociale, subiectul devine extrem de emoţionat, e tahicardic, transpiră, uneori îi roşeşte faţa; evitarea apariţiei în public poate avea uneori ca motiv frica de a nu roşi în faţa altora (ereutofobia). Frica de a se prezenta la examene orale se corelează cu această fobie.

Un tablou special îl constituie agorafobia în sens larg, care constă în frica patologică de a se deplasa şi acţiona singur în spaţii publice, departe de casă, loc de muncă sau alte toposuri în care subiectul se simte în siguranţă şi protejat. E vorba, deci, de deplasarea pe stradă, în pieţe, în magazine, la spectacole, în mijloace de transport în comun (tramvai, autobuz), deplasarea cu trenul sau avionul etc. În aceste împrejurări pot apărea atacuri de panică; iar, ca urmare, pacientul evită situaţiile respective, fapt ce creează serioase handicapuri. Agorafobia poate fi corelată ontogenetic cu aşa-zisa fobie de separare şi de contact (cu situaţii şi persoane noi); precum şi cu „fobia de şcoală" ce poate apărea în prima zi de participare la viaţa şcolară, departe de mediul protectiv familial.

Fobiile se pot corela cu anxietatea şi depresia (mai ales în forma fobiei de boală, a fobiei de a nu înnebuni); dar şi cu obsesia, caz în care sunt implicate unele fobii speciale. În forme majore, anxietatea fobică poate evolua în direcţia delirului paranoid.

4. Sindromul obsesiv-compulsiv. Obsesia constă din trăiri ce se impun repetitiv conştiinţei, fără voia subiectului care luptă împotriva lor, dar fără succes. În normalitate, astfel de situaţii apar după trăirea unor evenimente extrem de impresionante sau a unei stări în care subiectul s-a făcut de ruşine. Trăirea remuşcării, manifestată prin „vocea conştiinţei morale", face parte din aceeaşi clasă. Bazele neuro-fiziologice ale s. obsesiv-compulsiv sunt tot mai precis identificate, ele implicând şi căile de neurotransmisie serotoninergică ce ajung în nucleii bazali.

Trăirile obsesive psihopatologice repliază subiectul pe sine însuşi într-o situaţie de ego-distonie. În s. anxios şi cel fobic, persoana era orientată spre lumea

înconjurătoare de unde erau aşteptate evenimente periculoase sau apariţia unor „obiecte" (situaţii) fobogene. În obsesie, subiectul e atent şi preocupat de trăiri pe care le resimte ca izvorând din el însuşi; şi încearcă să se detaşeze de acestea, dar nu poate scăpa, deoarece ele revin recurent. Lumea înconjurătoare îl interesează mai puţin; şi, în consecinţă, este mai puţin atent la ea. Totuşi, ambianţa îl poate interesa pe obsesiv, atunci când apar anumite teme fobic-obsesive. În plus, ca un alt aspect al suferinţei, obsesivul este extrem de nehotărât, astfel încât, manifestarea sa prin acţiune eficientă este minimă.

Obsesiile se referă predominant la trăiri subiective; iar compulsiile, la intenţii de act şi acte obsesive. Între tipurile de obsesii pot fi menţionate: amintiri şi reprezentări obsesive; acestea din urmă pot porni de la amintiri obişnuite, banale; se pot constitui şi cu o contribuţie imaginativă, sub forma unor scene terifiante ce apar ca posibilităţi (accidente ce se întâmplă celor dragi, modalităţi concrete de a-şi omorî propriul copil etc.). Ruminaţii obsesive: constau din preocuparea faţă de unele idei, teme, întrebări, probleme fie concrete, corelate cu evenimente ce vor avea loc sau au avut loc, fie constând din întrebări repetitive privitor la teme ce nu pot fi soluţionate prin simplă meditaţie (de exemplu, există oare Dumnezeu? sau extratereştrii? cum e viaţa după moarte? etc.). Dintre compulsii pot fi menţionate intenţii de act, de obicei cu coloratură hetero sau autoagresivă. De exemplu, intenţia de a înjura în biserică sau în tramvai, cea de a lovi o persoană ce se află în faţă, de a-şi omorî propriul copil, de a rupe afişe, de a da foc, de a se arunca de la înălţime, de a folosi obiecte ascuţite, agresând pe altul sau pe sine. Subiectul se luptă chinuitor cu aceste tendinţe şi până la urmă, nu trece la act sau execută un act simbolic. La acest nivel, compulsia se poate combina cu „fobii anankaste" ca, de exemplu, cea de obiecte ascuţite sau înălţime. Ritualul este un act simplu, repetitiv, fără semnificaţie practică, uneori având, pentru subiect, o semnificaţie simbolică, magică. Aşa sunt verificarea obsesivă (dacă au fost închise robinetele, lumina, uşile); sau, aritmomania, numărătoarea obsesivă ce se poate însoţi de efectuarea, de un număr de ori, a unor mişcări, paşi, înainte de a realiza un act eficient. E de menţionat, în mod special, ablutomania, care constă din spălarea repetitivă pe mâini, de zeci sau sute de ori pe zi; aceasta se combină, de obicei, cu fobia anankastă de murdărie şi microbi.

Sindromul obsesiv-compulsiv de diverse intensităţi se combină cu depresia, anxietatea şi, uneori, poate sta în marginea sindroamelor schizofreniforme. El se poate instala reactiv (ca în reacţia de stres posttraumatic), sub modalitatea unei nevroze, ca şi comorbiditate psihotică; e prezent, de asemenea, în sindromul Jilles de la Tourette, în coreea Hungtington şi în variate tulburări organic cerebrale.

5. Sindromul depresiv (depresia inhibată). Acesta are un echivalent evident în tristeţea ce urmează pierderii unei persoane dragi (doliu) sau ca o consecinţă a unor alte pierderi. Bazele neuro-fiziologice sunt tot mai sistematic studiate, principala cauză fiind considerată insuficienţa neurotransmisiei prin sistemul aminergic. În perspectivă psihopatologică, cea a s. standard, se are în vedere, la acest nivel, depresia inhibată.

Sindromul depresiv se caracterizează printr-o hipertimie negativă, constând din lipsă de speranţă, auto-devalorizare şi preocupare faţă de moarte; concomitent, se întâlneşte o bradipsihie şi o inhibiţie a tuturor funcţiilor psihice, blocând manifestarea persoanei.

Depresivul trăieşte subiectiv o suferinţă intensă. El nu mai are nici o speranţă, viitorul îl vede în negru, eventual marcat de catastrofe şi ruină generală; sau, pur şi simplu, această dimensiune a timpului nici nu mai există. De altfel, nici prezentul nu-l atrage, nemaiexistând pentru el nici un indiciu că în lumea umană ambiantă s-ar putea găsi ceva care să merite a declanşa o acţiune cu sens. Nu-l mai interesează evenimentele ce se petrec în jurul său şi nici persoanele cu care vine în contact. Singurul aspect temporal, ce rămâne valabil, este trecutul din care subiectul selectează doar aspectele negative, cele care susţin proasta sa părere despre sine, lipsa sa de valoare sau vinovăţia. Depresivul nu doar că nu mai are încredere în sine, ci se autodepreciază, se consideră un om incapabil, lipsit de orice valoare, uneori marcat de sentimentul ruşinii; dar mai ales de cel al vinovăţiei. Ieşirea din viitorul ce susţine devenirea – dar şi din prezentul ce menţine contactul cu lumea – precipitarea spre trecutul negativ alimentează ideea morţii. Depresivul se gândeşte la moarte, ajunge să şi-o dorească, e preocupat de ceea ce o poate favoriza (de ex., boli somatice), face planuri de punere în practică a sinuciderii; şi, uneori, o şi realizează. Ansamblul acestor trăiri subiective rupe subiectul de inserţia sa firească în comunitate; rezultă o retragere socială, un refuz al contactului şi relaţiilor.

Alte aspecte ale sindromului depresiv se referă la bradipsihie şi inhibiţie. Atenţia e deficitară în sensul dificultăţii de concentrare şi persistenţă; percepţia e diminuată; sentimentul scurgerii timpului e încetinit; memoria, sub toate formele sale, e inhibată; cursul ideativ e lent, cu ideaţie săracă şi stereotipă; rezolvarea de probleme e ineficientă; limbajul e redus cantitativ, „telegrafic", comunicarea interpersonal-socială se reduce până la modalitatea mutismului, a nerăspunderii la întrebări şi solicitări. Psihomotricitatea e inhibată; subiectul se mişcă lent şi puţin, putând ajunge la imobilitate în poziţie fixă (=stupor melancolic). Expresia feţei este caracteristică, indicând suferinţa, cu comisurile căzute

şi fruntea încreţită în forma literei greceşti omega. Instinctul sexual (ca libido şi act), precum şi cel alimentar (ca apetit şi alimentaţie) sunt inhibate. Subiectul scade intens în greutate, multe kilograme în câteva luni, prin nealimentare. Agresivitatea este în tensiune, dar cu repliere pe sine (cu tendinţa la automutilări şi suicid). Somnul e redus cantitativ, cu insomnie de trezire şi coşmaruri specifice. Bioritmul circadian se manifestă prin rău matinal. Corporal, creşte estezia intero- şi proprioceptivă, cu scăderea pragului pentru dureri şi cu apariţia cenestopatiilor. Se manifestă spasme pe organele interne, exprimate prin constipaţie, migrenă, favorizarea crizelor astmatiforme; scade imunitatea etc.

În formele uşoare, s. depresiv poate fi mascat de tulburările somatice sau de consumul de alcool. În formele grave se poate ajunge la stupor melancolic (imobilitate specifică însoţită de negativism) şi la delir. S. depresiv se combină frecvent cu s. anxios, s. obsesiv şi cu altele.

6. Sindromul somatoform. Echivalentul în normalitate îl reprezintă senzaţia corporală neplăcută din oboseală şi durerile ce captează atenţia subiectului. Sinteza centrală a informaţiilor intero- şi proprioceptive poate fi modificată şi prin perturbarea unor circuite de neurotransmisie.

În psihopatologie, trăirea subiectului poate fi dominată de senzaţii corporale neplăcute, de „cenestopatii" localizate predominant într-o zonă (precordial, abdominal), uneori, însoţite de disfuncţii neuro-vegetative, generalizate, deseori migratorii; starea este etichetată de obicei ca tulburare de somatizare. Algia psihogenă constă din dureri care nu au o bază organică evidentă, dar apar în urma cumulării unor stresori psiho-sociali. Tulburarea hipocondriacă constă din preocuparea prevalentă a subiectului în legătură cu ideea că ar putea fi bolnav de o maladie gravă, cu toate că examinările medicale sunt normale (trebuie exclusă depresia sau fobia centrată pe tema bolii). O altă tulburare este cea astenică, în care subiectul resimte o oboseală şi slăbiciune corporală generală şi persistentă, cu incapacitate de efort fizic; se poate însoţi de cefalee, ameţeli şi alte trăiri corporale neplăcute (se cere exclusă prezenţa unei boli somatice). Trăirile de tip astenic pot viza şi efortul intelectual.

7. Sindromul disociativ de conversie corporală. Echivalentul în normalitate îl constituie manifestarea corporală din emoţiile puternice, dar fără implicarea neurovegetativă din acestea. Se pot menţiona: – Leşinul psihogen: se instalează o stare de leşin cu suspendarea sau îngustarea câmpului de conştiinţă (a vigilităţii conştiente) şi, uneori, convulsii ce mimează criza epileptică; ele se petrec în public, în urma unei psihotraume; pacientul nu se loveşte în cădere, nu-şi muşcă limba etc. Paraliziile disociative psihogene se manifestă în acelaşi

context stresant; pacientul nu-şi poate mişca unul sau mai multe membre, nu poate vorbi etc. Anesteziile disociative psihogene apar şi ele în context stresant; hiposensibilitatea cutanată nu respectă zonele de inervaţie. Se mai pot întâlni: pierderea vederii (parţială), surditate sau anosmie psihogenă: mişcări involuntare psihogene (de tip coreiform etc.), vărsături, dispnee astmatiformă, pseudosarcină psihogenă etc. Există o tranziţie spre patologia psihosomatică. Aceste manifestări psihopatologice apar de obicei în conjuncţie cu „stările disociative de conştiinţă" („stări crepusculare"), în cadrul cărora, subiectul se deplasează fără a percepte foarte clar ambianţa, dar cu o relativă orientare în ea; acestea se declanşează relativ brusc, au o durată limitată – de câteva ore – fiind urmate de amnezie lacunară. Uneori, durata lor e mai prelungită, de zile sau săptămâni, caz în care sunt etichetate ca „fugi patologice". Se pot corela cu „dubla personalitate" (a se vedea şi s. de depersonalizare).

8. Sindromul maniacal. Echivalentul în normalitate ar putea fi considerat euforia sărbătorească. Bazele neurofiziologice sunt parţial elucidate în perspectiva tulburărilor de neuro-transmisie cerebrală.

S. maniacal se caracterizează, în esenţă, printr-o hipertimie pozitivă, ce exprimă sentimentul propriei valori şi a unei capacităţi nelimitate. Concomitent, se întâlneşte o tahipsihie şi o dezinhibiţie psihică generalizată.

Maniacalul se simte bine; el e vesel, euforic, fericit. Alteori, poate predomina iritarea. Are o bună părere despre sine, se simte valoros şi capabil de a întreprinde şi realiza aproape orice. El nu acordă interes trecutului, iar prezentului doar în măsura în care reprezintă un sprijin pentru proiecte de acţiune viitoare. Pentru maniacal, timpul hipervalorizat este prezentul, care este, însă, nestructurat; şi, apoi, viitorul într-un sens larg şi nedefinit (el nu este, ca şi anxiosul crispat pe un viitor imediat şi ameninţător). Încrederea în sine şi omnipotenţa îl deschid spre proiecte multiple, ce i se par uşor de realizat în lumea sa umană, împreună cu, sau fără colaborare cu alţii. Oricum, e deschis spre societate şi spre ceilalţi, e comunicabil, în permanent contact cu oamenii. Problema eventualei vinovăţii nu-l interesează; şi, la fel, nici consecinţele actelor sale asupra altora.

Ansamblul proceselor psihice se derulează rapid. Atenţia e hipermobilă şi nepersistentă (dar nu de tip investigator, ca în anxietate). Percepţia este accentuată, procesele mnestice se desfăşoară la un nivel crescut (dar, în faza aceasta, faptul nu e util persoanei, datorită tahipsihiei). Fluxul proceselor cognitive, în general, şi fluxul ideativ (cel orientat spre gândirea eficientă) este accelerat. Faptul alterează desfăşurarea proceselor semantice şi lingvistice. Rezultă ceea ce s-a numit „fugă de idei". Aceasta se manifestă prin trecerea rapidă de la o idee

(temă) la alta (fără finalizarea unui proces de gândire), printr-o vorbire rapidă, ca ritm, şi de intensitate crescută, în care abundă legăturile semantice prin asonanţă sau prin analogii superficiale; şi care e parazitată de percepţii şi reamintiri diverse. Maniacalul poate cânta sau recita poezii, poate improviza creaţii poetice şi manifestări plastice lipsite de consistenţă şi valoare. Psihomotor, el se mişcă în permanenţă, fără un scop precis, putând ajunge la stări de agitaţie, caz în care ocupă tot spaţiul ce-i stă la dispoziţie sau se deplasează pe distanţe mari. Debitul accelerat al vorbirii se asociază cu o sociabilitate crescută. Contactele psihice şi comunicarea cu alţii, chiar complet necunoscuţi, se realizează uşor. Maniacalul e lipsit de reticenţe, spune altora tot ce observă şi crede, fără menajamente şi fără a respecta regulile vieţii sociale obişnuite. Pe de altă parte, sociabilitatea sa e contagioasă în sensul că transmite celor din jur buna sa dispoziţie, îi face să râdă de glumele şi observaţiile sale, îi antrenează în activităţi de moment. Dar, personal, nu poate urmări persistent un scop precis al acţiunii. Doarme puţin, fără a se simţi obosit, e dezinhibat sexual, ca libido şi erotism. Poate fi polifagic.

Într-o formă uşoară a tulburării, în starea hipomaniacală, e posibilă sporirea randamentului socio-profesional prin energia de acţiune şi sociabilitatea crescută, prin lipsă de reticenţă, hipermnezie etc. Dacă procesul hipomaniacal se amplifică, comportamentul devine dissocial prin cheltuire exagerată de bani, aventuri erotice dezordonate, începerea mai multor acţiuni ce nu sunt finalizate, consum de alcool şi droguri. În formele mai grave, se ajunge la importante stări de agitaţie, uneori, cu îngustarea vigilităţii conştiente.

Starea maniacală se poate combina cu delirul (congruent şi incongruent), poate alterna şi se poate combina cu elemente ale s. depresiv. Au fost menţionate chiar atacuri de panică.

9. Sindromul depersonalizării şi al dedublării personalităţii. În normalitate, orice persoană conştientă resimte că este centrată de un eu (de un „sine" = „self", „selbst") care îl delimitează de lume şi de alţii, şi face ca el să fie „el însuşi", adică o fiinţă originară şi originală de-a lungul timpului şi evenimentelor trăite, a interrelaţiilor, a identificărilor cu imagourile altor persoane, cu normele sociale şi cu concepţia despre lume a socio-culturii în care trăieşte.

Depersonalizarea psihopatologică se caracterizează prin sentimentul pierderii identităţii cu sine în toate planurile. Subiectiv, individul poate avea impresia – resimte faptul – că „eu nu mai sunt eu", „parcă mă preschimb", „parcă încep să devin altul", „parcă mă dedublez". Sentimentul limitelor personale se estompează atât psihologic, cât şi corporal (în perspectiva schemei corporale).

Subiectul are impresia că limitele corpului sunt mai mari sau mai mici. În plus, în unele cazuri, corpul e resimţit ca lipsit de viaţă, „devitalizat", ca şi cum ar fi format din materiale anorganice. Istoria biografică parcă nu mai aparţine subiectului; la fel ca statutul social sau numele său. Trăirea dedublării personalităţii poate îmbrăca mai multe forme. Uneori, subiectul resimte neplăcut faptul că nu mai este o persoană unică, în el existând parcă două fiinţe (de ex., una bună, alta rea). În forme delirante, dedublarea poate îmbrăca forma posedării; el resimte că în corp este un animal (posesiune zoopatică) sau un spirit malefic, un demon care vorbeşte în numele său (posesiune demoniacă). Dedublarea personalităţii poate îmbrăca şi modalităţi diacrone, ca în unele stări disociative de conştiinţă. Pacientul poate realiza „fugi patologice", cu durata de zile sau săptămâni, timp în care se comportă altfel decât în mod obişnuit. S-au descris şi stări de dublă (sau multiplă) personalitate: personalitatea secundă se desfăşoară, de obicei, săptămâni sau luni de zile, adoptând un alt nume, o altă identitate, un alt stil comportamental; pentru ca, apoi, să se revină la personalitatea de fond. Aceste ultime aspecte se corelează cu tulburarea „stările disociative de conştiinţă" corelate tulburărilor conversive comentate la punctul 7.

10. Sindromul de transparenţă şi influenţă psihică. În normalitate, orice om prezintă o structurare a psihismului său conştient după o diagramă intim-public. Există trăiri care reprezintă un secret personal, altele care sunt discutate doar cu persoane apropiate sufleteşte (persoane intime) sau cu cele familiare; la fel, o serie de trăiri şi expresii sunt adresate unor persoane parţial cunoscute şi altele necunoscuţilor. În anumite împrejurări, subiectul poate fi obligat (forţat, prin şantaj, tortură etc.) să dezvăluie public ceea ce el păstra doar pentru un grup mic de persoane.

În sindromul de transparenţă-influenţă, subiectul pierde libertatea de a decide el ce rămâne un secret personal; şi, la fel, libertatea de a lua singur decizii pentru acţiune. Principalele simptome sunt: impresia (sentimentul, convingerea) că alţii îi cunosc gândurile, că acestea difuzează în lumea din jur, se repetă ca un ecou, devin sonore, sunt furate şi făcute publice de către alţii, sunt puse sub control. Mai poate fi prezent sentimentul de influenţă psihică ce constă din impresia (sentimentul, convingerea) că: alţii – alte persoane – acţionează asupra propriei gândiri, fabrică sau contrafac propriile-i gânduri, extrag sau implementează, din exterior, gânduri subiectului, impun din afară (=influenţă xenopatică) emoţii şi sentimente, dirijează deciziile şi comportamentul (subiectul se simte ca un automat dirijat de la distanţă, de către alţii, în tot ceea ce el face); sau chiar, că alţii îi produc în corp senzaţii neplăcute sau îi modifică forma corpului.

S. de transparenţă-influenţă se poate combina cu cel delirant, dar şi cu cel depresiv sau maniacal sau dezorganizant.

11. Sindromul halucinator şi al distorsiunii perceptive. Percepţia umană este un proces complex care depinde nu doar de informaţia oferită circumstanţial, ci şi de selecţia pe care individul o realizează, desfăşurată pe un anumit fond de vigilitate; apoi, de memoria ce permite recunoaşterea, de procesul intelectiv-aperceptiv ce permite circumscrierea ansamblului perceptiv ca o figură semnificativă pe un fond informativ neutru. Ea se află în corelaţie cu imaginarea şi reprezentarea. Datum-urile percepute, ale lumii, pot avea diferite ranguri de semnificaţie şi relief, şi mari varietăţi în raport cu vârsta, instrucţia, limbajul, cultura şi situaţia. În general, oamenii adulţi ai unei socio-culturi date au un fond comun de percepţii valide, fapt care şi permite comunicarea şi comuniunea. Totuşi, există în normalitate aspecte particulare, distorsionate ale percepţiei, precum iluziile sau percepţii idiosincrazice, pendinte de imaginar, de experienţă, convingeri, nivel al vigilităţii conştiente etc. Pentru multe din aspectele psihopatologice ale percepţiei s-au identificat baze neurofiziologice. Menţionăm câteva dintre tulburările perceptive:

– *Iluzia* este o percepţie distorsionată şi incorectă, în primul rând în aspectele sale formale: contur, mărime, apropiere a obiectului perceput, raportul său cu restul elementelor de fond ale câmpului perceptiv etc. Dincolo de normalitate, ea e frecventă în stări de modificare a vigilităţii conştiente, în emoţii puternice, după consumarea unor substanţe psihoactive etc. În aceste contexte psihopatologice pot fi modificate şi identificarea, semnificaţia şi interpretarea obiectului perceptiv. Cel mai frecvent e vorba de false identificări de persoane; imaginea cunoştinţelor familiare ale subiectului sunt proiectate pe obiectul perceput, ducând astfel la iluzii.

– *Paraeidolia* este, de asemenea, un fenomen ce se întâlneşte predominant în normalitate şi, mai rar, în patologie. Constă din structurarea perceptivă, cu formă semnificantă, a unor date informative vagi (cum ar fi: configuraţia norilor, mucegaiul sau rugina, urmele de cafea de pe o ceaşcă etc.). Fenomenul exprimă o putere imaginativ-reprezentativă crescută a persoanei.

– *Halucinaţia* constă dintr-o trăire perceptivă pregnantă, lipsită de o bază informativă actuală corespunzătoare. Deci, aşa cum s-a formulat, clasic, e vorba de o percepţie fără obiect de perceput. Totuşi, e dificil să se identifice situaţii în care subiectul este lipsit de orice informaţie exterioară, chiar minimă. Fenomenul halucinator devine mai comprehensibil dacă se iau în consideraţie aşa-numitele „halucinaţii funcţionale" care se declanşează cu ocazia percepţiei

unei informaţii reale dar amorfe. De ex., de câte ori trece un tramvai sau cântă o pasăre, subiectul percepe o halucinaţie auditivă. Halucinaţiile au fost sistematizate după simţuri: – **auditive:** simple (zgomote) apelative, imperative sau comentative (caz în care subiectul aude vocea mai multor persoane care comentează ceea ce face sau valoarea propriei persoane); – **vizuale:** simple (fosfene, culori), reprezentând animale, fiinţe umane sau supranaturale, scene în desfăşurare (halucinaţii panoramice); – **gustative** (senzaţii de gust deosebit în gură, în absenţa sau cu ocazia alimentaţiei); – **olfactive:** percepţia unor mirosuri (inexistente) ce emană din lumea înconjurătoare sau din propriul corp; – kinestezice: senzaţii că părţi ale corpului sunt mobilizate; – **sexuale:** senzaţii deosebite în aria sexuală, ajungând până la orgasm; – **cutanate:** senzaţii că pe piele sau sub piele se mişcă ceva, eventual anumite organisme. În final, menţionăm încă câteva aspecte ale problemei. Halucinaţiile sunt similare percepţiei, care vine din afara corpului (a limitelor schemei corporale). Dar se întâlneşte şi un fenomen (denumit halucinaţie psihică) ce constă în faptul că, respectiva „percepţie" vine din interiorul organismului (vocile vorbesc din cap, din stomac sau inimă). Patologia înregistrează şi fenomenul „agnoziei" ce constă în imposibilitatea de a recunoaşte şi identifica un element perceptiv familiar, chiar dacă sunt utilizate mai multe simţuri; simptomul este comentat mai mult de neurologi, dar merită menţionat şi la acest nivel.

12. a) Sindromul delirant. Prin delir se poate înţelege o convingere patologică, nemodificabilă prin argumente, într-o idee-temă mai mult sau mai puţin aberantă. Domeniul convingerilor se articulează cu cel al opiniilor, părerilor, credinţelor ce se constituie în interioritatea persoanei conştiente pe baza experienţei sale de viaţă într-o socio-cultură dată, a cărei „weltanschaung" învăluie ca o atmosferă punctele de vedere personale. Convingerea nu este însă indemnă de experienţa trăită de subiect. Iar, la acest nivel, se produc articularea şi corelarea reciprocă a cunoaşterii sedimentate cu percepţia actuală (înţeleasă în sens larg). Adică, în perspectivă psihopatologică, corelaţia strânsă, între delir şi halucinaţii (sau cu tulburările perceptive în sens larg). Din altă incidenţă, convingerea unui subiect e strâns corelată cu „poziţionarea sa thetică", mai precis, cu atitudinea dispoziţională (afectivă) de fond, fie aceasta euforică, depresivă, anxioasă, de neîncredere şi suspiciune, de tensiune. Poziţionarea afectivă atitudinal-thetică predispune subiectul spre selecţionarea şi interpretarea informaţiilor ce-i vin din ambianţă, predominant într-o anumită direcţie: cea a lipsei de valoare proprie, cea a valorii sale excepţionale sau cea a atitudinii suspicios-nefavorabile a altora, eventual a indiferenţei acestora. Pornind de la acest nivel primar,

se poate ajunge, progresiv, la constituirea componentei „tematice" a delirului. Structura thetico-tematică se bazează pe elementele ce structurează identitatea subiectului cu sine însuşi, inclusiv receptarea schemei corporale. În normalitate, convingerile subiecţilor pot fi, uneori, prevalente sau chiar fanatice, capturând întreg universul de preocupări, receptivitate şi proiecte de acţiune. Angajarea pe o astfel de direcţie poate fi pe termen mediu sau prelungit, de obicei fiind vorba de persoane dizarmonic-psihopate, care au trăit evenimente de viaţă deosebite. Dată fiind complexitatea antropologică în cadrul căreia se dezvoltă preocupările şi acţiunile prevalent-fanatice şi cele delirante, baza neuro-fiziologică a acestora e mai greu de identificat decât în cazul dispoziţiilor anxioase, depresive sau euforice. Totuşi, există eforturi în această direcţie, precum şi unele rezultate.

Delirul, ca sindrom psihopatologic, are în spate o elaborare, o pregătire ce uneori derivă din structura caracterială şi poate fi, până la un punct, augmentată prin evenimente de viaţă psihotraumatizante. La structurarea sa pot contribui şi tulburări dispoziţionale, sau trăiri psihopatologice din seria depersonalizării, a sindromului de influenţă-transparenţă, a halucinaţiilor etc. Totuşi, el poate să se instaleze cu un minimum de astfel de comorbiditate sub forma „delirului primar".

Tematica delirului este extrem de variată, cuprinzând mai toate ariile preocupărilor omeneşti obişnuite: gelozie şi erotomanie, megalomanie sub forma invenţiei deosebite sau a descendenţei ilustre, hipocondrie, dismorfofobie şi posesiune zoopatică, sentimentul unei atitudini ostile din partea altora exprimată în multiple forme, convingerea într-o misiune istorică sau religioasă ieşită din comun etc. Delirul paranoiac se desfăşoară într-o aparentă logică (sau „hiperlogică") şi se vrea argumentat până în cele mai mici amănunte. De fapt, el exprimă însă rigiditatea unei gândiri ce nu poate lua în considerare eventualităţile şi posibilul.

Sindromul delirant se combină frecvent cu cel halucinator, depersonalizant şi de tranparenţă-influenţă, cu cel anxios-fobic, depresiv, maniacal şi dezorganizant, în diverse forme. El poate apărea şi în cadrul suferinţelor organic cerebrale. Reactiv, dacă nu există o vulnerabilitate specială, apare doar o preocupare prevalentă.

12. b) Sindromul paradelirant şi parahalucinator. Atât sindromul halucinator, cât şi cel delirant sunt „pregătite" de modificări bio-psihologice (corelate mai mult sau mai puţin cu evenimente de viaţă trăite) care stau la baza izbucnirii şi instalării lor pregnante. Dacă considerăm delirul şi halucinaţia în forma lor tipică (pură), atunci, în psihopatologie întâlnim şi alte manifestări care sunt intermediare între acestea şi pe care le vom menţiona în prezentul paragraf.

– **Dispoziţia delirantă bazală („Basalewahnstimung").** Aceasta a fost descrisă de către psihopatologii germani (Jaspers, Schneider, Gruhle) ca stând la baza „delirului primar" ce ar fi caracteristic schizofreniei. Subiectul are impresia, pe care o trăieşte perceptiv-interpretativ, că lumea cu care este în contact este „altfel"; deşi nu sunt prezente iluzii sau halucinaţii, pacientul resimte o semnificaţie specială a evenimentelor; nimic nu-i pare întâmplător, toate par a fi în legătură între ele şi cu destinul său personal, totul are o semnificaţie obscură pentru el („anastrofa"). Din această situaţie tensionată se trece, de obicei, la o structurare şi clarificare bruscă a delirului tematic, cu ocazia unei percepţii, intuiţii sau amintiri „delirante". Percepţia delirantă este una corectă formal (de ex., pacientul percepe un câine negru), dar semnificaţia acesteia este patologică, lipsită de raţiune argumentativă (= eu sunt bolnav de cancer !).

– **Derealizarea.** Subiectul percepe formal şi ca semnificaţie corect lumea din jur, dar ea îi apare ca ciudată, străină, bizară, ca în „vis"; oamenii par a fi marionete, tot ce se întâmplă pare nefiresc etc. Această trăire perceptivă specială poate fi corelată cu s. de depersonalizare dar şi cu atacul de panică şi cu depresia. Uneori, ea poate fi anticamera structurării delirului.

– **Sentimentul punerii sub supraveghere.** Subiectul percepe corect lumea, dar are impresia (de la acest nivel al opiniei şi părerii se poate progresa spre convingere delirantă) că: **a)** Alţii îl privesc în mod deosebit, este în centrul atenţiei unor grupe de persoane, în anumite locuri sau pretutindeni; ceilalţi par a-l comenta – de obicei negativ – îşi fac semne între ei, zâmbesc, complotează sau râd, îşi bat joc de el (= sindrom de referinţă sau sindrom de relaţie senzitivă); **b)** Subiectul are impresia că este urmărit, fotografiat, filmat, înregistrat cu microfoane, că i se umblă – în lipsă – în casă, prin dulapuri şi pupitre, printre lucrurile intime. Această trăire poate evolua, de asemenea, până la convingeri delirante; dar, într-o fază intermediară (prevalentă), ea se poate baza pe iluzii, condiţionate de aşteptări patologice, atenţie disturbată şi imaginar perturbat. **c)** Subiectul are impresia (părerea sau convingerea) substituirii unor persoane: de ex., soţia sa, care are aceleaşi trăsături sau manifestări ca întotdeauna, nu-i mai apare ca având aceeaşi identitate, considerând că ea a fost substituită cu o persoană răuvoitoare ce vrea să fie în apropiere pentru ca, la momentul potrivit, să-l atace; sau, subiectul are impresia (convingerea) că diverse persoane, corect percepute, sunt, de fapt, unul şi acelaşi subiect ce ia diverse înfăţişări pentru a-l ţine sub control (=Sindrom Capgras).

Tulburările mai sus menţionate fac corp comun cu cele deja descrise, dar, mai ales cu delirul şi cu tulburările perceptive.

13. Sindromul dezorganizării ideo-verbale şi comportamentale. Persoana umană percepe şi înţelege evenimentele în care este antrenat şi pe care le provoacă, într-o manieră selectiv-sintetică, detaşând ceea ce este semnificativ pentru el. La fel, în cazul comportamentului şi a exprimării sale lingvistice (şi extralingvistice) desfăşurate circumstanţial în sens mai restrâns sau mai larg, în mod normal, el se afirmă în conformitate cu o argumentare, un sens (semnificaţie) coerentă, într-o manieră sintetică. Nu există niciunde şi nicicând norme exterioare foarte rigide pentru reglarea acestui mod de manifestare. Dar ea este, în mare măsură, pendinte de regulile logico-gramaticale ale limbajului şi acţiunii, de capacitatea de sinteză, argumentare, motivaţie a persoanei care e sau devine comprehensibilă şi validă pentru ceilalţi. Există variate situaţii în care exprimarea şi comportamentul public nu sunt suficient de ordonate; dar totuşi, în final, ajunge să exprime şi să realizeze ceea ce intenţiona. În plan strict ideativ, la baza acestui proces stă capacitatea de sinteză a fluxului ideatic (mixtat parţial cu uzul limbajului); aceasta poate şi ea scăpa de sub controlul sintezei persoanei. Dezorganizarea ideo-verbală (şi comportamentală) a fost considerată, de către Bleuler, ca simptom (sindrom) patognomonic al schizofreniei. După o lungă pauză, psihiatria a reactualizat această problemă, găsindu-i şi o bază în perturbarea funcţionalităţii structurii funcţionale, localizate în anumite zone ale creierului. Simptomatologia sindromului constă din:

– *Tulburări formale de gândire:* – neregularităţi în derularea fluxului ideativ; – mentism; – baraj mintal; – tulburări logice şi gramaticale; – preocupări exagerate şi bizare faţă de abstracţii.

– *Tulburări ale vorbirii şi gândirii:* – stereotipii; – manierisme; – gândire şi vorbire vagă, aluzivă, neconcluzivă; – gândire şi vorbire eliptic-misterioasă; – simetrizarea exagerată a gândirii şi vorbirii; – tulburări în ordonarea exprimării lingvistice şi gramaticale; – tulburări semantice, privitor la utilizarea neobişnuită a semnificaţiei unor expresii, cuvinte sau părţi de cuvinte; – neologisme; – folosirea unor simboluri grafice şi verbale ideo-sincrazice şi necomprehensibile.

– *Comportament şi expresii insuficient motivate, motivate bizar sau nemotivate.*

14. Sindromul apato-abulic; amotivaţional. Intenţionalitatea, motivaţia, energia şi dinamismul acţiunii subiecţilor, în raport cu diverse obiective şi persoane, variază foarte mult în cadrul raportării subiectului la lumea sa umană dată. Ne aflăm acum în cadrul unui deficit important al acestei dimensiuni esenţiale a existenţei personale care, parţial, se manifestă şi în alte sindroame (ca cel depresiv).

Dar în modalitatea de faţă, reprezintă un aspect semiologic esenţial. Elementele de bază ar consta din:

– Lipsa dorinţei, curiozităţii, interesului în raport cu lumea din jur, lipsa motivaţiei de a se angaja în comunicare şi acţiune;

– Indiferenţă majoră în raport cu sine (cu propria situaţie în lume, inclusiv faţă de propria igienă şi autoîngrijire); dar şi în raport cu evenimentele ce se petrec în jur (reactivitate emoţională), în raport cu alte persoane (răceală afectivă), în raport cu evaluarea sa de către alţii (indiferenţă relaţional-socială). Din toate acestea rezultă lipsa dorinţei de comunicare, retragere socială, tendinţa de a petrece timpul de unul singur, în tăcere (= autism).

– 15. Sindromul retragerii sociale. În mod firesc şi normal, subiectul, de toate vârstele, are o atitudine pro-socială, în sensul că, este dinamizat interior spre contactul psihic cu alte persoane umane. Această propensiune este înnăscută, se manifestă din primul an de viaţă prin zâmbet şi răspuns adecvat la atitudine ulterioară a relaţiilor şi legăturilor interpersonal-sociale. Baza neurofiziologică a acestei raportări fireşti are o structură complexă, în care, pe lângă factorii cognitivi (perceptivi, mnestici) intervin şi parametrii afectivi. În normalitate există o variaţie tipologică a dispoziţiei spre sociabilitate, precum şi modificări circumstanţiale ale acesteia, condiţionate reactiv psihogen (doliu, emoţii puternice ce determină sentimentul de ruşine şi vinovăţie, factori ce scad sentimentul de stimă asupra capacităţii de relaţionare socială etc.).

În psihopatologie întâlnim următoarele variante:

a) Situaţia în care contactul social – şi consecutiv relaţia „interpersonal – socială" cu alţii – este perturbată din motive cognitiv pragmatice, pe fondul unei deficienţe de emotivitate şi a unei hipo-afectivităţi tranzitive. E vorba de procesarea informaţiei care să permită identificarea feţei (corporalităţii) altuia ca fiind umană (similară sieşi) şi a posibilităţii de a decoda intenţiile, dorinţele, obiectivele şi intenţionalitatea celuilalt, în genere, şi în raport cu propria persoană. Această deficienţă se înscrie în zona nucleară a ceea ce a fost denumit ca „teorie a minţii" („theory of mind") şi a cărei perturbare o întâlnim în autismul infantil, la persoanele indiferent-schizoide (şi schizotipale), în vulnerabilitatea pentru episoade schizofrene şi în defectul post schizofren.

b) Situaţia în care contactul social – şi consecutiv şi relaţia, legătura interpersonal-socială cu alţii – este perturbată datorită unei hiperemotivităţi corelate cu o distorsiune cognitivă, ce conferă subiectului capacităţi reduse de afirmare socială, însoţite de o expectanţă a unei atitudini critice constante din partea altora. Este cazul persoanelor anxios-evitante şi al celor cu fobii sociale.

c) Situaţia în care dezinteresul faţă de relaţionarea socială e secundar replierii pe sine în contextul unei suferinţe depresive, în care distorsiunea cognitivă constă din autodevalorizare şi supravalorizarea altora, concomitent cu pierderea oricărei speranţe, a oricărui ataşament faţă de viitor şi prezent. În acest context, evident, şi interesul pentru relaţionarea socială se reduce semnificativ.

Notă. Comentarea acestui sindrom este puţin deplasată, în raport cu celelalte, pentru că nu i se poate recunoaşte o unică bază în fenomenele antropologice şi în perturbările de neurotransmisie cerebrală; ea a fost, totuşi, introdusă ca „problemă" în vederea meditaţiei şi dezbaterii ulterioare (într-un mod similar, s-ar fi putut introduce un sindrom al hipersociabilităţii, precum şi altele).

16. Sindromul ambivalenţei. În unele cazuri e prezentă o atitudine afectivă ambivalentă faţă de altul (alţii), care, în acelaşi timp, este iubit şi urât, dorit şi respins etc. Ambivalenţa se poate manifesta şi în planul deciziei (a face un act sau altul, eventual contrariul primului); şi la fel, în plan ideativ, prin ceea ce Minkowski a denumit „simetrizarea gândirii".

– Lipsa capacităţii de decizie, a angajării în acte şi a realizării acestora în conformitate cu propriile interese şi proiecte constituie sindromul abuliei. Abulia anafectivă trebuie diferenţiată de sindromul depresiv; se întâlneşte predominant în schizofrenia negativă, în patologia de lob frontal, la unele personalităţi anancast-psihastene sau pasiv-dependente.

17. Sindromul insuficientului control instinctivo-pulsional. Persoana conştientă fiinţează („funcţionează") în mod normal, printr-un echilibru al tuturor nivelelor sale structurale. Nivelul instinctivo-pulsional derivă din faptul că fiecare individ uman este la origini o fiinţă biologică. În mod firesc, acest nivel este integrat echilibrat cu persoana conştientă care asimilează motivaţiile şi normele sociale, care îşi descoperă şi îşi defineşte o conştiinţă morală şi creatoare, în mijlocul interacţiunilor constante cu membrii comunităţii sociale. Din diverse motive care pot fi şi de ordin biologic, dar pot ţine de experienţa de viaţă biografică şi de învăţări, de felul în care se organizează structura temperamental caracterială şi de conjuncturi – pulsiunile instinctive se pot manifesta uneori necontrolat, chinuind subiectul sau perturbând viaţa socială. Această deviaţă poate fi resimţită de către subiect în maniera egosintonă şi egodistonă. Deoarece multe din manifestările pulsionale sunt dependente şi de permisivităţile, interdicţiile şi stimulările sociale, vom aminti doar câteva aspecte, fără a proceda la un comentariu analitic.

– Perturbări ale instinctului alimentar: – Polifagia = subiectul consumă alimente în ritm şi cantitate crescută; – Polidipsia = acelaşi fenomen în raport cu lichidele. Ambele aspecte pot fi periodice. – Bulimia = ingestia impulsivă, necontrolabilă a unor mari cantităţi de alimente într-un interval de timp scurt; se manifestă paroxistic. – Inapetenţa = lipsa poftei de mâncare; poate fi condiţionată somatic şi psihogen, mai ales prin depresie, cu gravă scădere în greutate; – Anorexia, refuzul creşterii (în greutate) prin ingestia de alimente; ca o consecinţă, acestea nu sunt consumate; se ţine dietă, se produc vomismente sau diaree, se folosesc substanţe catabolizante etc. Anorexia mintală a tinerelor fete este considerată, până la un punct, ca un cadru nosologic; se poate combina cu bulimia.

– Perturbări ale agresivităţii: – Reacţii explozive, heteroagresive; acestea pot viza alte persoane sau ambianţa fizică din jur; uneori, se manifestă într-o manieră clastică; adică prin distrugerea nediferenţiată a tot ce subiectul întâlneşte. Reacţii autoagresive, în care subiectul se automutilează sau realizează tentative suicidare.

– Perturbări ale instinctului sexual. Acestea sunt extrem de variate şi pluricondiţionate. Se pot menţiona: fetişismul, travestismul fetişist, exhibiţionismul, voyerismul, sado-masochismul etc.

– Tulburări privitoare la alte impulsuri (după o luptă cu tentaţia respectivă, subiectul cedează şi trece la act): – Menţionăm impulsul de a juca jocuri de noroc; – Impulsul de a vagabonda (dromomania); – Impulsul de a da foc (piromania); – Impulsul de a-şi însuşi obiecte ce nu aparţin subiectului (cleptomania) – Impulsul de a consuma băuturi alcoolice (dipsomania).

– La acest nivel pot fi menţionate şi tulburările somnului cu vise, dintre care unele sunt părţi componente ale sindroamelor deja menţionate. Cele mai multe tulburări apar la vârsta infanto-juvenilă. La vârsta adultă mai importantă este insomnia ce persistă fără alte condiţionări psihopatologice.

18. Sindromul cataton. Acesta constă dintr-o tulburare psiho-motorie ce oscilează între inhibiţie marcată (=stupor) şi o agitaţie particulară ce se desfăşoară într-un spaţiu restrâns, prin mişcări stereotipe (repetitive). Subiectul este detaşat de ambianţă, nu răspunde la stimuli, nu vorbeşte, fiind repliat pe sine, pe propriile trăiri interioare (care uneori se derulează sub formele patologice ale delirului şi halucinaţiilor). În stuporul cataton, pacientul poate avea poziţii bizare; uneori se opune mobilizării şi alimentării (=negativism). Între modalitatea stuporului şi agitaţia catatonă se pot întâlni alte manifestări, precum: păstrarea poziţiilor imprimate (=flexibilitate ceroasă); fenomene de imitare a interlocutorului ce seamănă cu un „ecou" (ecomimie, ecolalie, ecopraxie). Sindromul cataton se poate întâlni în schizofrenie sau în unele suferinţe organic-cerebral.

19. Tulburările vigilităţii conştiente. Acestea se referă, în primul rând, la nivelul acestei vigilităţi, deci, la luciditatea ce se exprimă la un pol, printr-o corectă şi diferenţiată percepţie a realităţii vizate, asupra căreia se acţionează; şi la un alt pol, printr-o reducere drastică a lucidităţii, a vigilităţii conştiente până la suspendarea acesteia, la comă. Între aceste două extreme avem diverse modalităţi de raportare la realitatea ambientală, atât perceptiv, cât şi activ. Una din modalităţi este cea a obnubilării, în care subiectul percepe la un nivel redus stimulii, reacţionând întârziat şi parţial; fondul general este de imobilitate. Uneori, starea poate evolua spre somnolenţă intermitentă (sopor) sau comă. În altă variantă, ca cea a stării crepusculare (stare disociativă de conştiinţă), denivelarea vigilităţii e concomitentă cu deplasarea subiectului care e parţial orientat în ambianţă; de obicei e vorba de episoade paroxistice. În stare de delirium întâlnim o marcată dezorientare temporo-spaţială, auto şi allo-psihică; psihomotor, se constată o stare de nelinişte sau agitaţie. Vorbirea poate fi incoerentă. Pot apărea false recunoaşteri şi halucinaţii, predominant vizuale, deseori reactivând mediul de viaţă obişnuit al pacientului. Acesta participă afectiv şi comportamental la halucinaţiile trăite. În forme grave, pacientul se agită în spaţiul patului şi exprimarea sa e total incoerentă; sau, rămâne imobil în poziţia fixă (stupor). În principiu, tulburările menţionate mai sus pot fi reversibile. Ele sunt, în marea lor majoritate, condiţionate organic-cerebral.

20. Sindromul dismnestic. Acesta apare predominant în suferinţe organic-cerebrale şi contă în amnezie anterogradă (de înregistrare), retrogradă (de redare a unor cunoştinţe ce au fost asimilate), lacunară (pe o perioadă limitată de timp), electivă (dintr-o situaţie, subiectul îşi aminteşte doar unele evenimente şi le uită pe cele neplăcute). S. Korsakov constă dintr-o amnezie predominant anterogradă, golurile mnestice fiind compensate confabulator; subiectul mai prezintă, uneori, o dezorientare temporală, mai ales în sensul dificultăţii ordonării cronologice a evenimentelor biografice. Este anosognozic, neînţelegând gravitatea deficitului de care suferă, astfel încât, poate fi uneori, chiar euforic. Tabloul clinic se poate remite sau poate evolua spre demenţă.

21. Sindromul demenţial reprezintă o deteriorare globală şi ireversibilă a persoanei, predominant în plan intelectiv. Ea are la bază, totdeauna, un substrat organic, constând în moartea neuronală. Este alterată în special memoria, atât cea anterogradă, dar mai ales cea retrogradă. Capacitatea de judecare cu discernământ (de evaluare a consecinţelor pentru sine şi pentru alţii a actelor sale) se deteriorează şi ea progresiv. Apare apoi dezorientarea temporo-spaţială, auto şi allopsihică. Preocupările sunt reduse egocentric. Sunt frecvente simptome neurologice. Se poate ajunge la gatism. Finalul este decesul.

22. **Tulburarea dizarmonic-psihopată a personalităţii** se referă la o modificare constantă a structurii caracteriale care prezintă un set de trăsături particulare rigide şi disfuncţionale. Drept consecinţă, comportamentul interpersonal, autocontrolul impulsurilor şi respectarea normelor sociale sunt perturbate, astfel încât se realizează un comportament dissocial. De obicei, persoana este egofilă, iar dimensiunea morală, laxă sau absentă. Pe lângă cazurile în care tulburarea de personalitate poate apărea ca o consecinţă a unei disontogeneze – caz în care se manifestă clar la vârsta adultului tânăr – există şi cazuri în care se realizează o modificare patologică a personalităţii în urma unor evenimente ce apar la vârsta adultă, cum ar fi: suferinţe cerebrale, psihoze endogene, perioade de viaţă intens psihotraumatizante, prelungite.

Notă. Tulburarea comportamentală dizarmonic-psihopată poate apărea, desigur, şi ca un sindrom circumscris în timp. În mod obişnuit, ea este o caracteristică a unei modificări constante şi definitive a personalităţii – deci nu episodic-sindromastice; menţionarea sa, la acest nivel, are aceeaşi intenţie provocatoare, la meditaţie şi dezbatere.

2.5.2. Manifestarea sindroamelor în cadrul episoadelor psihopatologice

În cadrul episoadelor psihopatologice, sindroamele standard apar în diverse combinaţii, putând avea variate intensităţi. Astfel, de ex., sindromul depresiei inhibate poate avea o intensitate uşoară, medie, severă (cu importante manifestări biologice ca: inapetenţă, scădere în greutate, trezire matinală şi rău matinal, spasme pe organe interne etc.). Într-o formă extremă, inhibiţia depresivă se poate prezenta ca „stupor melancolic": pacientul stă nemişcat, într-o poziţie şi cu o expresivitate mimică specifică (diferită de cea din stuporul cataton), nerăspunzând la întrebări (=mutism) şi opunându-se mobilizării şi alimentării (negativism). Sindromul depresiv se poate combina cu sindrom de anxietate generalizată, în diverse intensităţi ale tulburării şi cu variată proporţie de predominare a simptomelor din cele două sindroame (fig. VII). În depresie poate apărea, de asemenea, o convingere aberantă, deci un sindrom delirant. Acesta poate avea o tematică „congruentă", atunci când preocupările pacientului reprezintă o accentuare gravă a ideilor de autodepreciere. Pot fi prezente şi halucinaţii, mai ales auditive, care întreţin aceste convingeri delirante. Tematica

delirantă poate fi şi „incongruentă", când ea constă din convingerea „paranoidă" a atitudinii ostile a celorlalţi împotriva sa; şi în acest caz pot apărea halucinaţii auditive comentative, fenomene din s. de transparenţă-influenţă, idei şi manifestări bizare, proprii sindromului dezorganizării ideo-verbale şi comportamentale.

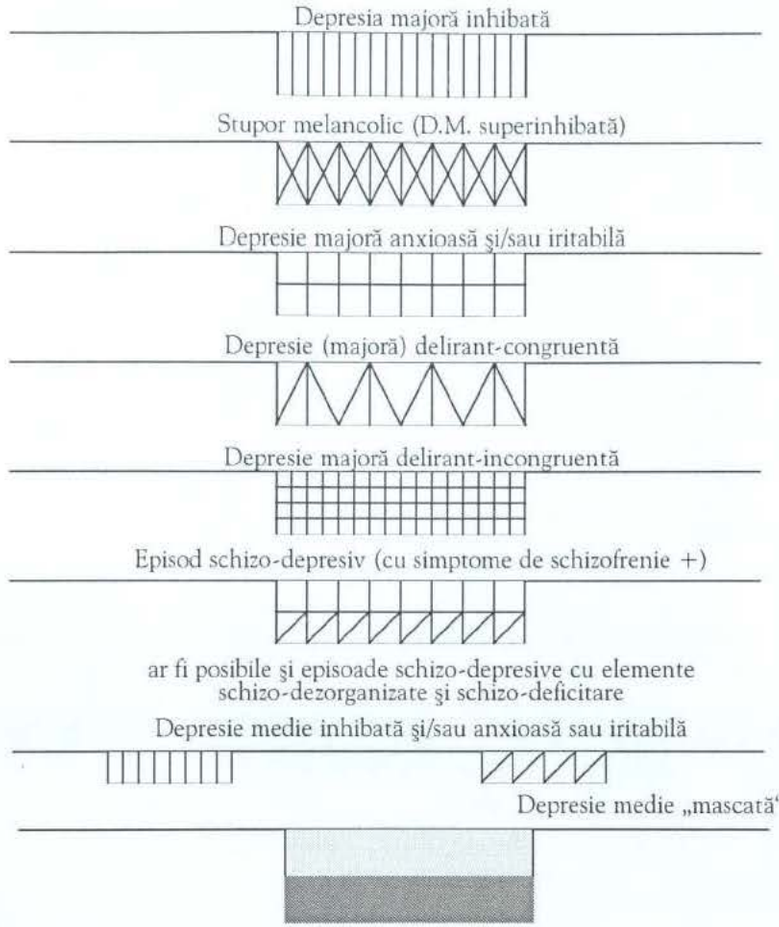


Figura VII. Tipuri de episoade depresive

În acest caz, se poate vorbi de un episod psihopatologic schizo-depresiv. (fig. VIII).

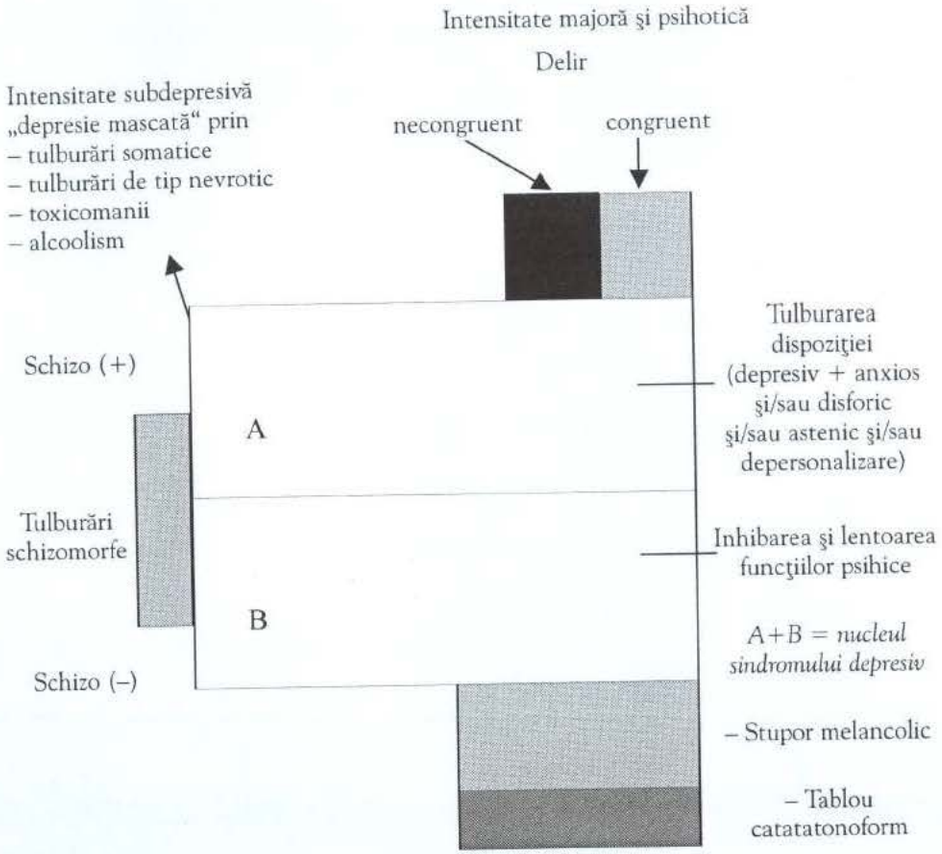


Figura VIII. Macrosindromul depresiv clasic şi combinările sale obişnuite în cadrul configuraţiei (familiei) clinice depresive

Varietatea tabloului clinic al unui e.ps centrat de depresie este, deci, mare. Uneori, contextul etiopatogenic poate ajuta la circumscrierea cadrului nosologic. Astfel, dacă o depresie inhibată, de intensitate cel puţin medie, apare după o pierdere importantă (în condiţii de doliu), se poate vorbi de o reacţie depresivă.

Depresia inhibată sau anxioasă poate apărea şi în condiţiile unor importante schimbări de viaţă, când se cumulează mai mulţi stresori, iar subiectul are o reţea de suport social scăzută (mai ales în aspectul afectiv, de intimanţă, al acesteia); în aceste împrejurări, poate fi adusă în discuţie o tulburare depresivă (şi anxioasă) de dezadaptare. Episoade depresive, de diverse intensităţi şi configuraţii semiologice, pot apărea la persoane vulnerabile, printr-un cumul de factori, dar fără un eveniment actual major care să constituie o explicaţie suficient de comprehensibilă. Aceasta e situaţia clasică a tradiţionalei „depresii endogene". La unele persoane se repetă periodic astfel de e.ps. depresive, astfel încât, se poate vorbi de o „tulburare depresivă recurentă", situaţie ce deja ne plasează în contextul bolilor. La alte persoane, e.ps. depresive (endogene) alternează cu e.ps. maniacale, constituind cadrul nosologic al tulburării (bolii) afective bipolare. E.ps. depresive pot apărea şi pe fondul consumului cronic de alcool (=alcoolism maladiv cu dependenţă) sau concomitent cu alte suferinţe (=boli) somatic cerebrale, ca insuficienţa circulatorie (din cadrul atero-sclerozei), boala Parkinson etc.

Şi alte s.ps.st. pot apărea în diverse modalităţi clinice, cu variate intensităţi, durate şi în mixtare cu altele. S. maniacal se manifestă în variante care, până la un punct, pot fi comparate – prin simetrie – cu cele ale depresiei (hipomanie, manie expansivă sau iritabilă, agitaţie maniacală, manie cu delir congruent sau incongruent, ep. schizo-maniacal). Totuşi, aria sa de manifestare nu e aşa de largă ca cea a depresiei. S. anxietăţii generalizate, atacul de panică şi fobiile (împreună cu alte tulburări) sunt grupate, uneori, sub denumirea generică de „tulburări anxioase". Acestea se pot combina, de asemenea, în mod variat, de ex.: agorafobia fără sau cu atacuri de panică, însoţite sau nu de anxietate generalizată, combinată sau nu cu depresia etc. După stresuri extrem de puternice (care, de obicei, cuprind o colectivitate umană – cum ar fi, catastrofele naturale – astfel încât se produce o contagiune psihopatologică), se poate instala o tulburare cu durată de săptămâni sau luni, ce a fost denumită „reacţia de stres posttraumatic". Ea se caracterizează prin trăiri obsesive, în sens de reamintire obsesivă a evenimentelor trăite, ziua sau în vise; anxietate generalizată; fobie de tot ceea ce aminteşte de eventualul trăit, depresie, tulburare psihosomatică etc.

Menţionăm încă un aspect al combinaţiilor sindromatice, care are importanţă pentru nosologia psihiatrică. Modalitatea în care am prezentat posibilităţile de manifestare ale s. depresiv, în măsura în care se reunesc mai multe sindroame standard (depresiv, anxios, delirant, halucinator), ne sugerează existenţa unor „configuraţii macrosindromatice" ce stau la baza episoadelor psihopatologice; şi, în cele din urmă, a entităţilor nosologice. Tulburarea depresivă recurentă, tulburarea afectivă bipolară, tulburarea anxioasă, aşa cum au fost

amintite acestea mai sus, sugerează tendinţa de agregare a unor sindroame care astfel stau la baza bolilor (tulburărilor) psihiatrice. Un grupaj specific de astfel de macrosindroame sau de agregări sindromatice stă la baza unei tulburări (boli) clasice a psihiatriei, şi anume, schizofrenia. În prezent se acceptă că această tulburare (boală) constă din întreţeserea dintre trei agregări sindromatice:

1. Agregarea (sau macrosindromul) schizo pozitivă. Aceasta e formată din: – halucinaţii (predominant auditive comentative, dar şi olfactive, kinestezice, sexuale, mai rar vizuale); – deliruri bizare (cel mai des cu tematică paranoidă, dar şi de grandoare, gelozie, erotoman, mistic, de transformare corporală etc.), însoţite de fenomene „paradelirante" şi, uneori, instalându-se sub forma „delirului primar"; – sindromul de transparenţă-influenţă; tulburări ale fluxului ideativ, de exemplu, mentismul.

2. Agregarea (sau macrosindromul) schizo negativă. Aceasta constă din simptomatologie apato-abulic-amotivaţional, tocire afectivă, retragere socială, ambivalenţa, depersonalizare, sărăcire ideativă şi verbală.

3. Agregarea (sau macrosindromul) schizo dezorganizantă. Aceasta se bazează pe sindromul dezorganizării ideo-verbale şi motivaţional-comportamentale.

Prezentarea făcută în acest paragraf, privitor la combinarea sindroamelor standard în cadrul e.p., ne coboară parţial din planul idealităţii, a cazului tipic abstract, instanţă de referinţă teoretică pentru gândirea practică a medicului psihiatru. Dar acest demers metodologic este doar o atenuare a situaţiei de principiu şi nu o schimbare de optică. În cele din urmă, combinaţiile sindromatice, care au fost prezentate, se menţin şi ele în planul schemelor teoretice, fiind comentate astfel doar pentru că reprezintă combinaţii frecvent întâlnite. La fel ca şi s. standard, schemele de combinare sindromatică ale e.p. rămân un ghid teoretic de referinţă, în raport cu practica diagnostică şi terapeutică a psihiatrului. Ele se plasează în instanţa lumii a 3-a a lui Popper.

2.6. Etiopatogenia în psihiatrie[11]

Etiopatogenia în psihiatrie este comentată în ultimele decenii în modalitatea cea mai comprehensivă şi adecvată, în conformitate cu modelul „vulnerabilitate" (diateza) „stres" deja amintit (18). Acest model este, de fapt, o reluare

[11] Expunerea din acest paragraf şi din cel următor dezvoltă prezentarea făcută de autor în *Psihopatologie clinică* (15). De aceea nu se insistă asupra referinţelor bibliografice.

şi o reafirmare a relaţiei clasice din medicină dintre predispoziţiile „terenului" şi factorii ce actualizează sau determină un e.p., singular sau în contextul mai larg al unei „boli" (tulburări) psihice determinante.

Modelul vulnerabilitate/stres are în vedere: – constituirea unei persoane vulnerabile pentru tulburări psihice; – accentuarea circumstanţială a acestei vulnerabilităţi (=factori predispozanţi sau favorizanţi); – determinarea sau declanşarea actuală a unui e.ps. pentru prima dată; sau, ca recădere, în contextul unei boli psihice. O parte din factorii etio-patogenetici joacă rol doar în constituirea terenului vulnerabil; aşa sunt factorii genetici, care pot avea, însă, şi un rol major în apariţia unor boli psihiatrice, cum este, de exemplu, autismul infantil Kanner. Alţi factori pot juca rol atât în vulnerabilizare, cât şi în favorizare şi determinare (declanşare). În sfârşit, există şi factori protectori. Vom trece în revistă, în continuare, elementele ce pot interveni în etio-patogenia psihiatrică, în cele trei instanţe menţionate (fig. IX.)

2.6.1. Factori bio-psihologici

1. Factori genetici – pot juca un rol mai mult sau mai puţin predispozant (pentru unele cazuri chiar determinant), intervenind prin diverse mecanisme.

2. Cumularea factorilor biologici, în perioada de gestaţie, perinatală, imediat post-natală şi în cursul întregii biografii; aceste influenţe pot modifica, în variate modalităţi, cursul neurodevelopmental firesc (în esenţă, la nivelul encefalului), astfel încât subiectul prezintă particularităţi sau predispoziţii, deseori evidenţiabile prin intermediul unor „markeri" bio-psihologici. Pe această cale poate fi potenţată predispoziţia genetică.

3. Bio-psiho-ritmurile biologice şi culturale, deci „antropo-cosmice" – acestea intervin prin multiple formule înnăscute, orientative pentru diverse comportamente (somn, alimentaţie, program zilnic, săptămânal etc.). Ele pot fi intens influenţate şi modificate prin factori (noxe) biologici care apar la diverse vârste, prin disfuncţii cerebrale şi endocrine, prin influenţele ritualurilor familiale şi de microgrup social în care individul trăieşte, precum şi prin factorii culturali. Oricum, persoana ajunge la maturitate cu anumite caracteristici de bio-psiho-ritm, care se înscriu de obicei în nivelul temperamental-caracterial al personalităţii sale; şi care, prin oscilaţiile ce le aduc, pot influenţa vulnerabilitatea circumstanţială, recăderile psihopatologice sau chiar pot prelua stilul derulării în timp al suferinţei, ca în tulburările afective bipolare şi monopolare.

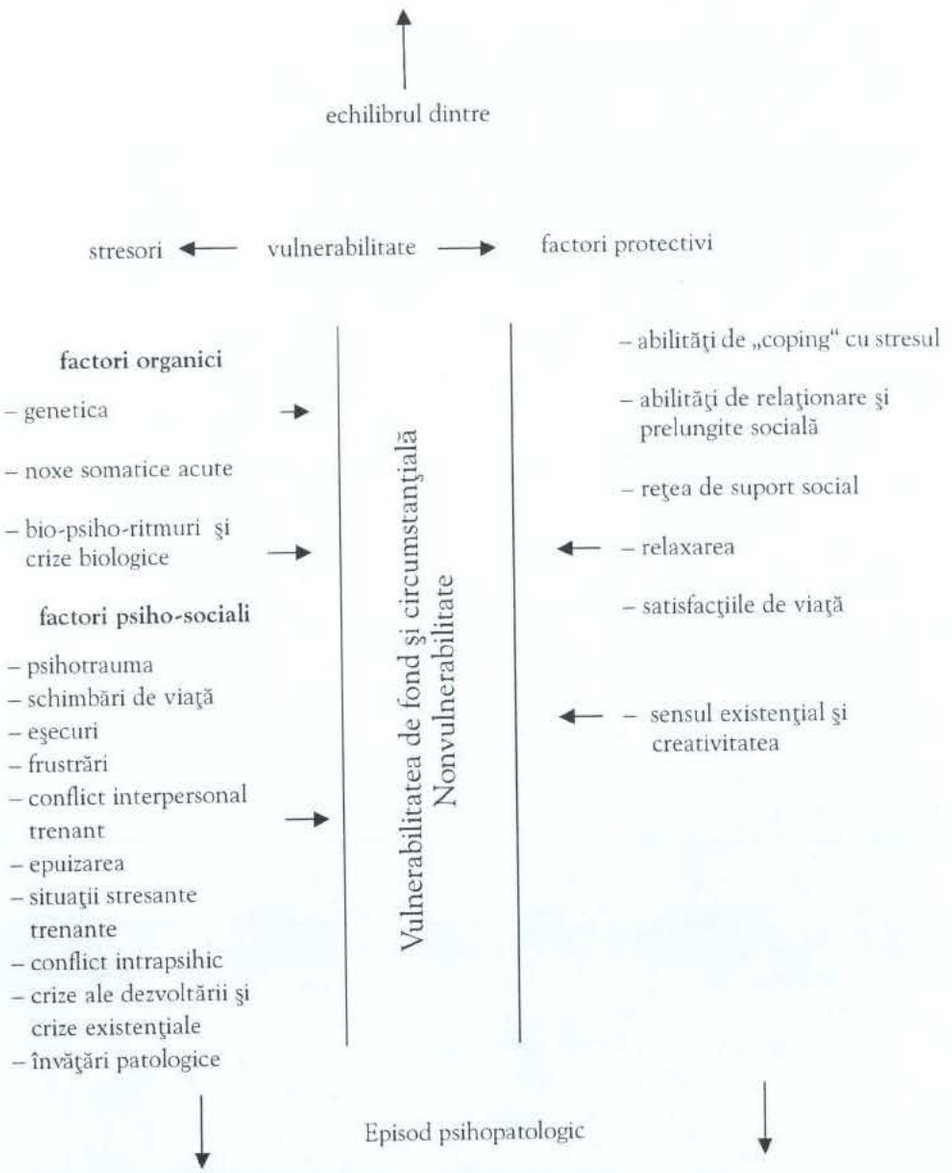


Figura IX. Factori etiopatogenetici în psihiatrie

4. Structura temperamental caracterială se realizează ca o consecinţă a factorilor menţionaţi prealabil şi se impune ca o caracteristică transindividuală, tipologică, în domeniul abordării şi evaluării persoanelor normale, vulnerabile şi patologice. Aspectul biologic se referă, în primul rând, la temperament, care este, în mare parte, înnăscut. Această instanţă a structurii temperamental-caracteriale se cere subliniată din punct de vedere al vulnerabilităţii şi din următoarele motive:

– Tipul temperamental-caracterial al persoanei poate constitui un fundal patoplastic, care face ca e. ps. să capete caracteristici particulare. De exemplu, un episod depresiv se va manifesta diferit la o persoană histrionică, anankastă, schizoidă sau evitantă.

– Tipul temperamental-caracterial joacă un rol important, activ sau pasiv, în apariţia şi desfăşurarea „evenimentelor de viaţă" (e.v.); care, la rândul lor, pot constitui o verigă etio-patogenică importantă. Astfel, persoana tipologic histrionică sau sociopată induce mai multe e.v. în ambianţa umană în care trăieşte decât persoana pasiv-dependentă sau evitantă.

5. Tulburările somatice, mai mult sau mai puţin endogene sau exogene, cronice sau acute care acţionează actual, joacă, desigur, un rol important în apariţia tulburărilor psihopatologice. Când ele sunt evident cele determinante ale tulburării, faptul va fi consemnat ca atare, boala fiind clasificată într-o categorie specială şi cauza respectivă fiind menţionată chiar în diagnostic. În această categorie intră cazurile de tulburări psihice ce apar în cadrul tumorilor cerebrale, a insuficienţei circulatorii cerebrale acute sau cronice, după traumatisme craniocerebrale, în intoxicaţii cu substanţe ce acţionează pe encefal, fie acestea exogene sau endogene (intoxicaţii cu anumite ciuperci sau cu produşi dismetabolici în caz de insuficienţă renală, hepatică), în cadrul infecţiilor ce pot afecta întregul organism (gripa), anumite zone ale acestuia (pneumonia) sau zona encefalică (meningo-encefalita). Între aspectele particulare menţionăm: consumul prelungit şi intens de alcool şi alte substanţe psiho-active, care conduc la „dependenţă". Persoana ajunge la o astfel de dependenţă, pe de o parte, datorită vulnerabilităţii sale, a particularităţilor de teren, iar pe de alta, prin cumularea unor stresori şi a influenţelor psiho-sociale. Ea resimte nevoia de a creşte dozele zilnice, iar oprirea consumului determină o stare psihică neplăcută, tulburări psihopatologice (de tip delirium), dar şi tulburări somatice şi neurologice complexe (în starea de sevraj). Indiferent pe ce cale s-a ajuns la dependenţa de droguri – care, uneori, apare secundar unor stări anxioase sau depresive – consumul constant şi îndelungat al acestora are repercusiuni negative asupra organismului şi a

stării psihice, condiţionând anumite tulburări psihopatologice. Un alt aspect particular îl reprezintă procesele abiotrofice cerebrale ce apar de obicei la vârsta a treia şi sunt pluricondiţionate, un factor important fiind cel genetic; aşa sunt: boala (demenţă) Alzheimer, bolile (ce evoluează de obicei spre demenţă) Pick, Huntington etc. Pot fi amintite, în acest capitol, şi tulburările ce au un determinism genetic sau de altă natură ce afectează encefalul şi conduc, încă din prima copilărie, la nedezvoltarea firească a personalităţii, mai ales în plan cognitiv (=deficienţa mintală – oligofrenie).

2.6.2. Influenţe psiho-sociale negative

Influenţele psiho-sociale negative pot fi pozitive sau negative în conformitate cu cele deja menţionate; ele pot interveni în trei variante:

– pentru crearea unui teren vulnerabil sau nonvulnerabil pentru tulburări psihice:

– pentru creşterea circumstanţială a vulnerabilităţii (deci ca factori favorizanţi) sau pentru scăderea circumstanţială a acesteia;

– pentru declanşarea sau determinarea unui e.ps.; sau pentru protejarea subiectului faţă de stresorii ce ar putea declanşa stări psihopatologice.

Datorită varietăţii mai sus menţionate a rolului stresorilor psiho-sociali, inventarierea lor se face în funcţie de obiectivul diagnosticianului, pe diverse durate de timp. Frecvent, sunt investigate ultimele 3–6 luni, uneori evaluându-se şi intensitatea stresorilor, ca, de exemplu, în sistemul de diagnostic DSM-IV pe axe. Un alt sistem, şi anume, scala lui Zimmerman, inventariază predominant schimbările de viaţă, interesându-se de ultimul an. În sistemul de diagnostic pe axe ICD-10, axa a 3-a urmăreşte o serie de evenimente şi schimbări de viaţă avute de-a lungul întregii biografii, prin folosirea codurilor Z; acest sistem nu precizează însă clar momentul de viaţă când au avut loc diverse evenimente. O modalitate sugestivă de inventariere a evenimentelor de viaţă stresante e prezentă în Foaia de observaţie standardizată AMDP (35) printr-o matrice: pe o axă e trecută vârsta, pe alta, evenimentul.

În continuare vom prezenta o listă cu posibilii stresori sau factori ce pot influenţa negativ vulnerabilitatea şi/sau pot declanşa sau determina o tulburare psihică.

2.6.2.1. Evenimente de viaţă stresante (e.v.s.)

1. Psihotrauma. Aceasta este un e.v.s. secvenţial (cu o durată delimitată de ore sau zile) care, prin semnificaţia sa, impresionează intens persoana. Gradul acestei influenţe sau „impresionări" poate fi condiţionat de factori de teren în sensul cel mai complex al termenului. Pentru unele persoane, un acelaşi eveniment poate fi extrem de impresionant, iar pentru alţii nu, din motive biografice subiective (de exemplu, la moartea unui părinte, fiecare dintre cinci copii ai săi poate reacţiona diferit, de la depresie majoră la indiferenţă cinică). Intensitatea reacţiei psihopatologice comprehensive (aşa cum a denumit situaţia Jaspers, în cartea sa de *Psihopatologie generală*, apărută în 1911) e corelată cu trăiri biografice care s-au cumulat în timp (şi menţin, într-o zonă preconştientă, sensibilităţi specifice), sau care s-au agregat recent, crescând vulnerabilitatea, atât specific, cât şi nespecific (de exemplu, prin epuizare psiho-fizică, lipsă de somn, deficienţe alimentare etc.). De asemenea, trebuie să se ţină cont de fondul unor situaţii stresante persistente, ce pot exista fie prin condiţionare exterioară (conflict interpersonal prelungit), fie prin condiţionare interioară (conflict intrapsihic prelungit). Tipologia structurii caracteriale joacă şi ea un rol, aşa cum a demonstrat-o Kretschmer, încă din prima jumătate a secolului. Aceasta, în sensul că, unele personalităţi particulare (sau patologice, indiferent pe ce bază s-au structurat ca atare) reacţionează prevalent la un anumit tip de evenimente, ce au o anumită semnificaţie. Schneider a ridicat şi problema oscilaţiilor endotime, în unele perioade, subiectul fiind mai sensibil. Kretschmer s-a referit la reacţiile pe termen lung, care conduc la dezvoltări prevalenţiale de tip relaţional, expansiv sau autist; dar faptul este valabil pentru orice tip de e.ps., chiar pentru cele de tip acut. Pentru aceste manifestări intervine, ca factor mediator, personalitatea[12].

2. Evenimentele de viaţă ce constau în schimbări existenţiale semnificative. Acestea se pot petrece în mod firesc, incluse fiind în ciclurile vieţii (în perspectivă profesională, maritală, locativă, socială etc.). Desigur, fiecare om poate interveni asupra ritmului, momentului, modului, stilului în care se petrec schimbările din viaţa sa (cum ar fi, de exemplu, căsătoria, faptul de a avea copii, divorţul, angajarea într-un serviciu, părăsirea lui etc.). Deşi acestea sunt naturale şi fireşti în cadrul ciclurilor vieţii, ele nu sunt fără consecinţe pentru existenţa

[12]A se vedea şi paragraful 5.8.

personală, deoarece necesită un efort de readaptare la un nou ritm de viaţă, la noi eforturi şi responsabilităţi, la constituirea unei noi reţele sociale (şi de suport social). Acest efort de readaptare poate fi dificil de parcurs de unele persoane vulnerabile, care, mult timp, s-au manifestat ca normale în contextul normativităţii standardizate a unei vieţi sociale date. Pentru ca, cu ocazia schimbării, dificultatea efortului de readaptare să ducă la o decompensare psihopatologică.

Dacă unele schimbări de viaţă (s.v.) solicitante şi deci indirect stresante pot apărea ca fireşti, de aşteptat şi dorit în cadrul ciclurilor vieţii, pe când altele nu au aceste caracteristici, există e.v. care, chiar dacă se petrec în cadrul ciclurilor fireşti ale vieţii, apar ca neaşteptate, atât în sens pozitiv, cât şi negativ; de exemplu, moartea prin accident a unei persoane apropiate sufleteşte, o avansare în profesie, un câştig bănesc la care nu te aşteptai. În general, e.v. ce apar în cadrul ciclurilor vieţii pot avea următoarele caracteristici:

– indus de subiect, dorit şi acceptat de el, rezultat al propriilor eforturi;

– indus de alţii, dar cunoscut de subiect ca derulându-se, eveniment la care se poate opune cu sau fără rezultate;

– apărând cu totul neaşteptat către subiect, situaţie care-l surprinde, la care se opune şi luptă împotriva ei, pentru a-i minimaliza consecinţele negative; sau pe care o acceptă ca atare.

Desigur, există şi multiple variante intermediare. Oricum, subiectul, prin personalitatea sa – care include structura caracterială, abilităţile, proiectele, structura sa morală etc. – poate interveni în aceste situaţii; în unele cazuri, el poate fi conştient şi, într-un fel, co-autor la cele ce se întâmplă. Ceea ce nu era cazul în situaţia psihotraumei.

3. Eşecul. Este vorba, în acest caz, de neîmplinirea unui proiect (de vizare intenţională, inclusiv de acţiune împlinită) în care subiectul este angajat. Spre deosebire de precedentele două situaţii, caracteristic este faptul că „nu se întâmplă nimic" din punct de vedere exterior. Adică, nici un eveniment sesizabil de alţii, nici o modificare exterioară în statutul şi rolul său social. Ceea ce se petrece este în plan interior, în sensul că, dorinţa şi speranţa, care au animat un proiect de acţiune, se văd anulate prin nereuşita din final. Persoana rămâne în aceeaşi stare în care a fost înainte, fără „nici o schimbare de viaţă" (aspect comentat la pct. 2). Dar tocmai această stagnare creează o nemulţumire interioară, o situaţie de stres subiectiv, care poate creşte vulnerabilitatea prin scăderea stimei de sine, prin continua frământare interioară şi prin alte mecanisme psihologice. Eşecul poate fi resimţit interior, uneori, şi dacă schimbarea de viaţă, proiectată sau acceptată, s-a produs, dar rezultatele ei nu corespund aşteptărilor; de exemplu, o căsătorie nereuşită, intrarea într-o profesie ce se dovedeşte ca neconformă cu ceea ce subiectul se aştepta, mutarea într-un loc de muncă nou ce se dovedeşte neprielnică, plecarea într-o altă ţară ce nu aduce nimic bun subiectului şi celor apropiaţi etc.

Psihotrauma se desfăşoară, în principiu, circumstanţial, fiind corelată unui eveniment secvenţial, ce se declanşează rapid şi are consecinţe pe termen relativ scurt. Schimbarea de viaţă şi eşecul intră într-un alt registru temporal, fiind vorba de „perioade de viaţă" în care subiectul se angajează şi pe care încearcă să le parcurgă în conformitate cu un anumit scop şi sens. Atât reuşita – în sensul ciclurilor vieţii –, cât şi eşecul pot fi solicitante la o manieră stresantă pentru persoană. Iar în funcţie de fondul propriu de vulnerabilitate, pot contribui la accentuarea circumstanţială a acesteia sau la declanşarea (determinarea) unei stări psihopatologice. Psihotrauma şi schimbarea de viaţă se pot combina, în sensul de a se petrece concomitent; de exemplu, pierderea bruscă şi neprevăzută a unei persoane iubite, situaţie care, după primul moment psihotraumatizant, condiţionează o schimbare de viaţă semnificativă. În mod similar, există corelaţii între schimbările de viaţă şi eşecuri, ultima eventualitate putând fi trăită şi în cazul realizării schimbării dorite, aşa cum s-a comentat mai sus.

Influenţele psiho-sociale, ce au fost menţionate până în prezent (1, 2, 3) şi vor fi menţionate în continuare, se cer evaluate în perspectiva diacronă a biografiei, a cumulării în timp a celor trăite şi învăţate, precum şi a eventualei lor agregări circumstanţiale. Putem imagina – şi constata – situaţii în care, într-o perioadă delimitată de timp (să spunem 6 luni) se cumulează eşecuri, schimbări de viaţă semnificative, psihotraume etc., precum şi situaţii în care, de-a lungul biografiei, se cumulează intermitent şi se articulează subteran multiple psihotraume, schimbări şi situaţii de viaţă particulare, eşecuri, frustrări, conflicte constatate în ambianţa existenţială şi conflicte intrapsihice. Pentru fiecare caz e semnificativ să se înregistreze ceea ce s-a petrecut în trecutul imediat şi ceea ce grevează biografia; elementele faptice se cer, desigur, supuse interpretării. Ceea ce dorim să subliniem, la acest nivel, este faptul că e.v.s. au mai multe paliere de analiză, polii extremi fiind biografia şi ceea ce s-a petrecut recent.

4. Frustrarea se referă la nesatisfacerea unei dorinţe, pulsiuni, nevoi sau pretenţii legitime. „Legitimitatea" îşi are, pe de o parte, sursa în biologie, dar, pe de altă parte, în psihologia developmentală, în psiho-sociologie, socio-cultură, dar, în cele din urmă, în structura motivaţională proprie persoanei. Frustrarea poate fi circumstanţială, prelungită sau cronică. Aria situaţiilor umane în care persoana se poate simţi frustrantă, pe diverse termene şi cu diverse semnificaţii,

este extrem de vastă. Dacă abordăm problema din perspectivă developmentală, se poate înregistra ceea ce s-a numit generic „frustrarea de mamă" a sugarului. Sub acest generic se pot plasa: faptul că un copil este nedorit, că nu beneficiază de ofertele etologice esenţiale ale maternajului (care, la om, presupun şi adresabilitatea nonverbală faţă de acesta „făcută cu dragoste", semnele expresive ale afecţiunii, cântecul de leagăn etc.). În continuare se poate vorbi de frustrarea de o figură securizantă de ataşament, de sărăcia stimulilor care să permită o normală dezvoltare în primii ani de viaţă. Se poate semnala şi o frustrare de imagoul paternal, important, şi el, pentru identificările şi maturizarea copilului ce trece prin diverse etape, în care intervin „obiecte tranziţionale", imaginări, fantasme etc. Frustrarea de afecţiune sufletească e valabilă şi se poate analiza pe parcursul întregii vieţi, a adolescenţei, a vârstei adulte şi înaintate. La fel, se cere investigată eventuala frustrare de încredere şi respect din partea altora, din copilărie şi până la bătrâneţe, fapt cu importante consecinţe asupra „stimei de sine", ca verigă importantă în instalarea variatelor stări psihopatologice. Din imensul domeniu al frustrărilor posibile mai menţionăm: frustrarea de afecţiune şi respect; dar şi de raporturi sexuale satisfăcătoare, în contextul partenerilor maritali; frustrarea de drepturi civile, cea de recunoaştere publică a calităţilor unei persoane printr-o „conspiraţie a tăcerii". Problema frustrării e strâns corelată cu o serie de caracteristici individuale, dorinţele, nevoile şi pretenţiile, considerate legitime de către subiect, diferind mult de la o persoană la alta. Dar, ori de câte ori se ridică problema satisfacţiilor de viaţă, sunt de analizat în raport cu cea a frustrărilor şi a eşecurilor.

5. Conflictul interpersonal trenant. Acesta se referă la starea de tensiune şi conflict constant ce e prezentă între persoane care sunt angrenate în structuri sociale bine definite, precum ar fi familia, locul de muncă, de habitat. Există, în aceste eventualităţi, un cadru care „obligă" persoana la o prezenţă constantă şi definită în raport cu un anume microgrup social (eventual şi cu un „altul" privilegiat). Bineînţeles că, din punct de vedere existenţialist, această „obligaţie" poate fi oricând abolită. Dar, în fapt, lucrurile nu se petrec astfel, ieşirea reuşită din cadrul circumscris socio-cultural fiind o excepţie. Desfăşurându-şi viaţa de zi cu zi într-un cadru instituţional şi de relaţionare umană determinată, individul are, bineînţeles, o anumită „libertate de mişcare". Pentru a fixa un punct de plecare, putem considera situaţia în care atât la locul de muncă, cât şi în familie, subiectul respectiv este, în mod constant, obiectul unor stresuri negative. În perspectivă psihopatologică e de evaluat cât de intense şi prelungite sunt aceste stresuri conflictuale constante, dacă ele se desfăşoară în mai multe arii

(familie, locuinţă şi vecinătate, muncă etc.) şi astfel se cumulează ce strategii de „coping" a dezvoltat persoana în raport cu aceste influenţe negative (=stresori), cum se corelează ele cu ceilalţi stresori, cu tipul de personalitate şi cu contrabalansarea pe care o pot asigura satisfacţiile şi reţeaua socială. Uneori, stresul poate fi cantonat la relaţia cu o unică persoană, având un anumit dinamism, perioade de creştere şi descreştere. Conflictul interpersonal se mai poate cumula cu frustrarea trenantă şi cu eşecul repetat.

6. Epuizarea prin suprasolicitare psihică (şi fizică). Aceasta poate rezulta din nopţi nedormite, dintr-un program de activitate (muncă) exagerat, mai ales dacă nu e propriu asumat şi nu e urmat de satisfacţii; fapt ce se apropie de regimul psihologic al frustrării. Epuizarea se poate cumula de-a lungul anilor printr-un stil particular de viaţă, lipsit de relaxare şi odihnă, de concediu, cu supralicitarea efortului.

7. Se poate menţiona existenţa unor stresori ce acţionează prelungit, care pot face parte parţial din categoriile deja menţionate, dar pot avea şi alte caracteristici. Astfel este o căsătorie nefericită, o profesie în contradicţie cu aptitudinile şi dorinţele subiectului, lipsa de resurse materiale, prezenţa într-o familie a unui copil cu handicap, o boală algică prelungită, frustrări socio-politice constante. În general, e vorba de o viaţă lipsită de satisfacţii şi împliniri, marcată continuu de neajunsuri şi suferinţă.

8. Conflictul intrapsihic. Acesta poate fi preconştient şi conştient. Modalitatea tipică constă din egodistonia ce o realizează sentimentul de vinovăţie, adică „vocea conştiinţei morale". Dar, toate conduitele umane „duplicitare" pot induce un astfel de conflict; e vorba de compromis, ipocrizie, rea credinţă, minciună. În funcţie de dimensiunile şi calităţile persoanei, de capacitatea acesteia de a avea proiecte existenţiale pozitive şi creatoare, trăirile duplicitare, inevitabile în existenţa unui om, pot fi trecute în plan secund şi depăşite. Dacă însă persoana este blocată în devenire şi energia sa e subminată de stresori multipli, atunci şi aceste componente, până la un punct, fireşti, ale vieţii, se vor plasa în poziţii negative şi tensionante, epuizante psihologic, conducând la un conflict intrapsihic (c.i.p.). Cât priveşte c.i.p. preconştient (sau inconştient), această temă a fost dezvoltată de la începutul secolului de către psihanaliza lui Freud; şi toate variantele de psihanaliză, ce s-au dezvoltat ulterior, nu au omis să o menţioneze. Subliniem, ca o modalitate de abordare specială, cea a lui Jung, pentru care c.i.p. este, în mare măsură, unul ce ţine de „individuaţie"; adică de faptul de a realiza sintetic şi creator unicitatea existenţei personale, nu doar în raport cu evenimentele de viaţă trăite (conştient sau preconştient), ci şi în raport

cu elementele fundamentale ale culturii în care individul se dezvoltă, atât în perspectiva „temelor arhetipale" principale, cât şi a felului în care sunt definite statutele şi rolurile sociale.

9. Perioadele critice ale personogenezei şi ale ciclurilor vieţii sunt, de obicei, situaţii în care vulnerabilitatea subiectului creşte. Acelaşi lucru se poate spune despre crizele existenţiale sau cele ale conştiinţei morale, precum şi de bilanţurile negative de viaţă pe care persoana şi le poate face din când în când.

10. Învăţările patologice. Acestea se petrec, mai ales în copilărie, prin influenţe intrafamiliale. Dar ele sunt posibile pe tot parcursul vieţii, vulnerabilizând persoana.

2.6.3. Factori compensatori şi protectori

Aceştia variază foarte mult în raport cu vârsta, identitatea socială, caracteristicile socio-culturale etc. Este deosebit de important ca ei să fie evidenţiaţi şi evaluaţi în fiecare caz dat, deoarece doar raportul dintre suma stresorilor şi cea a factorilor protectivi anti-stresanţi ne poate clarifica, cât de cât comprehensibil, o situaţie psihopatologică dată (desigur, ţinând cont şi de alte aspecte ale vulnerabilităţii).

1. Relaxarea. Aceasta poate fi realizată psiho-corporal prin diverse tehnici (Jacobson, Schultz etc.). Nu trebuie ignorată nici relaxarea naturală pe care o realizează omul prin programele de odihnă, somn, excursii, plimbări, sport, participări la spectacole şi sărbători, contemplări, receptarea muzicii, distracţii sau tot ceea ce intră în prezent în capitolul „loisire". Se cere realizată o evidenţă a raportului dintre angajarea tensionat responsabilă a individului în activităţi şi perioadele de desangajare din acestea, compensate prin aspectele complementare menţionate mai sus. Unele direcţii speciale ale „relaxării" corporale şi sufleteşti au devenit părţi componente ale terapiilor psihiatrice. Trebuie să se ţină cont în acest domeniu şi de particularităţile caracterial-tipologice. De asemenea, nu trebuie ignorat că efortul major, marcat de tensiuni psihice de mare nivel, ce apare pe parcursul unor perioade de angajare existenţială cu sens major, se poate încheia cu satisfacţii personale (de sens şi valoric morale) de mare potenţă, capabile să contrabalanseze stresorii şi efortul depus şi suferit.

2. Satisfacţiile de viaţă. Acestea pot compensa, în mare măsură, stresorii negativi. La acelaşi nivel de stresori identificabili, e de aşteptat ca echilibrul psihic al persoanei să fie diferit, dacă există sau nu există relaxare şi satisfacţii.

Satisfacţiile pot fi biologice şi psiho-sociale, existenţiale. Ele pot fi circumstanţiale, ca rezultat al unor proiecte şi acţiuni, ca opusul eşecului şi frustrării. Dar şi constante, cum ar fi mulţumirile resimţite în familie sau la locul de muncă. E de acceptat şi un aspect caracterial sau structural, în sensul că, unele persoane sunt incapabile să resimtă şi să trăiască satisfacţii de viaţă, constant sau circumstanţial, pe când altele, le trăiesc intens. Unele forme de terapie psihică au ca obiectiv tocmai creşterea capacităţii individului în această direcţie.

3. Sensul existenţial. Se poate considera că există, pentru fiecare om, un sens de viaţă firesc ce nu necesită analize sau comentarii. Totuşi, evenimentele şi situaţiile de viaţă pot conduce la împrejurări în care sensul existenţei să-şi piardă din consistenţă, să fie problematizat sau să dispară. Acest fapt se petrece, de obicei, după eşecuri semnificative (sau cumulate) când lipsesc soli-citările şi aprecierile, din partea comunităţii, când scade stima de sine şi apare sentimentul lipsei de rost. Considerată în sens global şi absolut, problema sensului existenţial este insolubilă. Ea poate prinde cheag doar în relaţie cu probleme, situaţii, acţiuni şi interacţiuni umane concrete. E firesc ca, o persoană, ce se simte angajată puternic într-un sens existenţial, să fie mai nonvulnerabilă decât una lipsită de această şansă. Se mai poate adăuga faptul că, creativitatea, prin sentimentul de împlinire de sine pe care-l realizează, poate fi şi ea un factor de nonvulnerabilitate.

4. Abilităţile social-pragmatice. Existenţa oricărei persoane conştiente se derulează, dintr-un anumit punct de vedere, prin rezolvarea unui ansamblu de situaţii problematice, care se pot intersecta şi suprapune, din punct de vedere al amplorii desfăşurării. Pentru a rezolva probleme efective, practice, subiectul trebuie să poată realiza o evaluare corectă a situaţiei, să-şi formuleze obiective posibil de atins, în raport cu resursele de care dispune şi la care poate apela. Toate acestea presupun capacitatea de a realiza o strategie de acţiune şi de a o transpune în practică. Un aspect important este cel al capacităţii de relaţionare socială în vederea realizării de parteneri şi susţinători ai proiectului avut în vedere. Cu cât relaţionarea socială, în această direcţie, e mai performantă, cu atât rezultatul poate fi mai bun. În sfârşit, în cursul rezolvării unei probleme, subiectul trebuie să fie capabil să facă faţă diverşilor stresori, care au fost deja amintiţi. Capacitatea crescută de a face faţă (de „coping") stresorilor e un indiciu de nonvulnerabilitate, pe când dificultăţile în rezolvarea de probleme, în relaţionarea socială pentru probleme practice şi în confruntări cu stresul sunt indici ai unei vulnerabilităţi crescute.

5. Reţeaua de suport social. Orice persoană, la diverse vârste ale existenţei sale, se află în relaţii relativ stabile cu alţii. Pentru adult, considerat ca un cadru de referinţă, se poate face distincţia între: – contactul interpersonal;

– relaţia interpersonală; – legătura interpersonală. Ultima e mai stabilă, mai „adâncă" sufleteşte şi presupune afectivitate tranzitivă (în sensul lui Minkovski); adică faptul că celuilalt îi pasă de subiect, „rezonează" împreună cu el la evenimente pozitive şi negative. Un subiect poate fi în relaţii interpersonale mai mult sau mai puţin constante (stabile, intime) cu alţii, care fac parte din diverse arii existenţiale: – familia de origine şi familia proprie; – colectivul în care individul îşi desfăşoară educaţia, studiile, munca; – relaţiile cu vecinii; – relaţiile sociale în sens mai larg, ţinând de prietenie, activităţi politice, religioase, de hobby. Se consideră că un subiect are un număr limitat de persoane care se află în relaţie (legătură) directă cu el = reţeaua socială (de gr. I), făcând parte din ariile menţionate şi ridicându-se, în medie, la 10–20 persoane. Cu acestea se întâlneşte frecvent, faţă în faţă, desfăşurând toate caracteristicile unei legături sufleteşti notabile. În afara acestora, fiecare persoană mai are şi relaţii mai puţin directe (de gr. II), care constau din cunoştinţele (şi persoanele apropiate) celor cu care se află el însuşi în raportare directă. Relaţiile sociale de gr. III ar fi cele ale unor persoane pe care subiectul nu le cunoaşte direct, dar la care are un acces uşurat prin reţeaua sa socială, de rangul I şi II.

Pentru psihopatologie are importanţă reţeaua de suport social (r.s.s). Aceasta e constituită, de obicei, din persoane din reţeaua primară (de rangul I) care se preocupă de / şi acordă un sprijin real persoanei aflate în dificultate, din diverse motive. Între aceste motive se înscrie şi boala, în general, şi boala psihică, în special. Suportul social, pe care-l pot acorda alţii, poate fi (după conceptualizarea lui Veil) (36) instrumental şi afectiv. Suportul instrumental se referă la sprijinirea în rezolvarea problemelor practice ale persoanei. Cel afectiv se referă la faptul de a se plasa în situaţia de apropiere, comprehensiune, dialog şi susţinere morală, de încurajare, a celui aflat în dificultate. Un aspect special al acestui suport afectiv îl constituie „intimanţa", realizarea unei situaţii psihologice în care subiectul suferind simte că are în apropierea sa o persoană de încredere şi fidelă. Aceste relaţii pot creşte nonvulnerabilitatea subiectului, îl pot face să reziste mai mult la variaţi stresori. Pe de altă parte, s-a demonstrat că r.s.s. joacă, pentru individ, un rol de filtru al stresorilor (atât în perioada infanto-juvenilă, cât şi la adult sau la vârsta a treia). R.s.s. are un important rol în prognosticul tulburărilor psihice. Ea depinde, parţial, de caracteristicile persoanei premorbide. Dar, pe de altă parte, poate fi influenţată de episoadele psihopatologice atât prin reducerea progresivă a capacităţii de relaţionare, cât şi prin stigmatizarea ce rezultă din acest proces.

Atât factorii biologici, cât şi cei psihosociali menţionaţi concură, în primul rând, la crearea unei persoane vulnerabile. În corelaţie cu această problemă, de-a lungul sec. XX s-a dezbătut condiţionarea „endogenă" a unor tulburări psihice, mai ales psihotice. Această problemă va fi reluată în cadrul comentariilor psihopatologice din ultimul capitol (paragraf 5.8.).

2.7. Boala psihică. Aspecte ale nosologiei psihiatrice

2.7.1. Generalităţi

O persoană care a avut în viaţă un e.ps. de intensitate clinică (chiar dacă nu a fost internată) poate fi încadrată în minoritatea populaţională a cazuisticii psihiatrice. Dar, în biografia unui om pot apărea mai multe e.ps. Deseori se repetă e.ps. cu simptomatologie asemănătoare sau care fac parte dintr-un anumit grupaj semiotic. De exemplu, pot apărea recurent e.ps. doar depresive; sau e.ps. depresive ce alternează cu episoade maniacale. Un om poate prezenta un e.ps. de anxietate generalizată, un al doilea, în care apar în plus şi atacuri de panică, şi un al treilea, la care se adaugă agorafobia. În cazurile în care repetarea e.ps. se realizează cu elemente semiologice din aceeaşi categorie (grupare) semiotică, putem să ne gândim la o „boală psihică". La fel ca şi în cazul sindroamelor, pe baza observaţiei şi a experienţei clinice se pot degaja unele modalităţi tipic-ideale de tulburări (boli) psihice, care se instituie drept cadre de referinţă pentru cazurile concrete. Deşi tabloul clinic semiologic din timpul episoadelor este aspectul cel mai important pentru aceste „boli", constructul teoretic al unei „boli (tulburări) psihice" ar urma să ţină cont şi de alte elemente, cum ar fi (fig. X):

1. Încărcătura genetică din aceeaşi clasă de patologie, eventual şi din „spectrul" genetic al acesteia;

2. Un tip specific de vulnerabilitate bio-psihică, de fond a „terenului", evidenţiabilă prin anumiţi „markeri" care indică predispoziţia spre respectiva clasă de patologie;

3. Un tip de personalitate premorbidă, ce poate fi evidenţiată strict caracteriologic în limitele normalităţii sau, poate fi calificată drept personalitate particulară (anormal-accentuată) sau personalitate patologică (=„tulburare de personalitate", în clasificările actuale); acestea prezintă trăsături („trates") ale personalităţii, mai mult sau mai puţin accentuate (sau patologice) care reprezintă

replica sau analogonul (similaritatea) la nivelul structurii caracteriale a manifestărilor („states") simptomatice, prezente în cursul unui e.ps.

4. O anumită etio-patogenie specifică. Aceasta este în prezent dificil de identificat pentru toate „bolile psihice" (în sens de constructe teoretice ale unor cazuri-tip ideale); dar este unanim recunoscută polarizarea între: 4.1. = condiţionarea organică prin disfuncţie cerebrală precis identificabilă; 4.2.= condiţionare endogenă psihotică; 4.3.= condiţionare psihogenă comprehensibilă (nevrotică, dezadaptativă, reactivă). Aceste situaţii reprezintă, de fapt, trei poli, între care se plasează cazurile concrete. Cel mai specific psihiatriei, înţeleasă ca domeniu special al medicinei, este situaţia 4.2., în care e prezentă o pluricondiţionalitate etio-patogenică.

5. Un anumit model evolutiv al episoadelor; episod unic, recurent fără defect şi cu defect clinic şi social.

6. Un defect, specific din punct de vedere psihopatologic, în care sunt păstrate echivalenţe semiotice (simptomatico-sindromatice) din perioada acută şi care se menţin o perioadă îndelungată de timp.

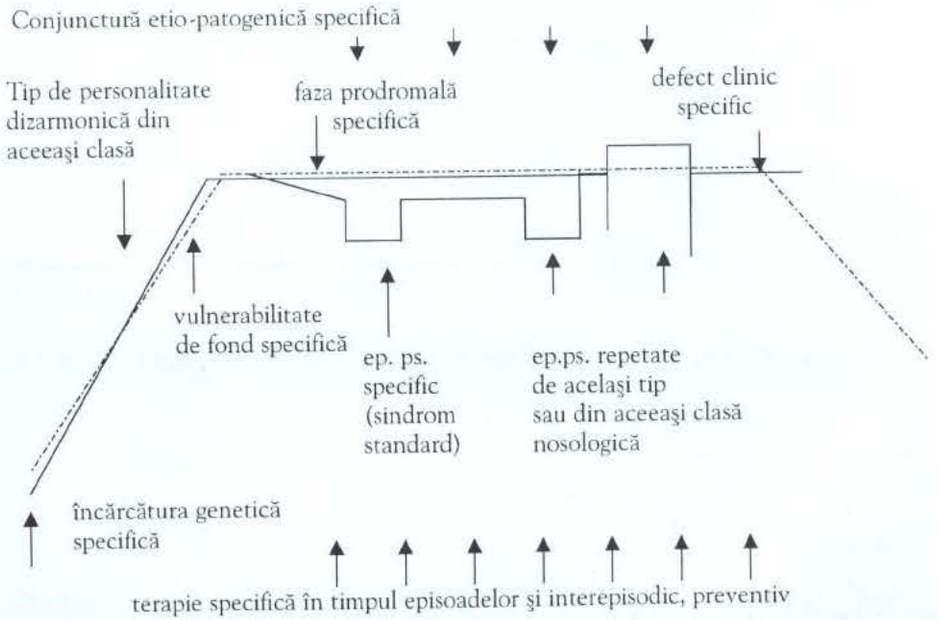


Figura X. Caracteristicile bolii psihice

7. O anumită respondenţă terapeutică specifică în perioada intercritică cu valoare preventivă în perspectiva recăderilor (cum ar fi, tratamentul cu litiu în tulburarea bipolară sau psihoterapia cognitivă de tip Beck în depresia monopolară).

Tabloul clinic psihopatologic al episoadelor specifice unei tulburări (boli) psihiatrice se agregă în „macrosindroame" ce fac parte dintr-o anumită clasă. Pentru nosologie este important să se stabilească şi durata episoadelor. În funcţie de aceasta, un anumit tablou clinic al e.ps. este etichetat ca aparţinând unui anumit cadru nosologic sau un altul (problema e importantă, mai ales pentru tulburările delirante şi schizofrene). Configuraţia unui episod poate fi centrată pe un unic e.ps. standard sau poate exprima o conjuncţie între mai multe s.ps. care de obicei se întâlnesc împreună (a se vedea şi fig. IX, X, XI, p. 79–80).

Ca şi în orice specialitate, ansamblul bolilor este reunit într-un sistem nosologico-nosografic (s.n.n.) S.n.n. al psihiatriei stă la baza cunoaşterii acestui domeniu teoretic particular al medicinei de către cei ce se specializează în respectiva direcţie. Pe baza sa se desfăşoară procesul de diagnosticare şi etichetare, sintezele statistice care ne relevă incidenţa şi prevalenţa tulburărilor (bolilor) psihice într-o populaţie dată. Dat fiind rolul său de referenţial pentru comunicarea dintre specialişti, e necesar să funcţioneze un s.n.n unitar pentru psihiatrii unei comunităţi. În ultimele decenii s-au făcut mari eforturi pentru realizarea unui consens internaţional în această direcţie. În prezent, cele mai răspândite s.n.n. sunt: Clasificarea Internaţională a Bolilor, ed. 10, difuzată de OMS (ICD-10, 1992) (34) şi sistemul american din SUA, DSM, ajuns la ediţia IV (31). ICD-10 se bazează pe un compromis între diversele şcoli şi tradiţii naţionale. Deşi parţial diferit, el este compatibil cu DSM-IV. Amândouă sistemele se doresc a fi ateoretice. Totuşi, ele nu pot evita menţionarea unor elemente etiopatogenice (condiţionarea predominant prin stresuri psiho-sociale, prin factori organic-cerebrali sau printr-o vulnerabilitate de fond ce se decompensează în anumite împrejurări). De asemenea, nu este ignorat criteriul vârstă, intensitate, durată, model evolutiv etc.

Vom prezenta, în continuare, tabla de materii a capitolului privitor la psihiatrie – Cap. F – din ICD-10, OMS. Sistemul cuprinde 10 mari categorii de „tulburări mintale şi comportamentale" cuprinse între F00–F99. Sunt menţionate atât episoade, cât şi boli, tulburări de personalitate şi alte entităţi psihopatologice. În fiecare subdiviziune, ultimele două poziţii (adică cifrele 8 şi 9) sunt rezervate pentru: 8 = Alte forme de... 9 = Tulburarea (din clasa respectivă) fără precizare. Primele 3 caractere – litera F şi 2 cifre – stabilesc categoria în

ansamblu; după un punct, aceasta este caracterizată în continuare de obicei printr-o cifră; există şi câteva situaţii speciale.

Aşa cum se va comenta în continuare, sistemul ICD-10, la fel ca oricare altul, e tributar unor principii de ordonare a bolilor – tulburărilor psihice şi comportamentale – cum ar fi vârsta, condiţionarea predominant organică, endogenă sau psiho-socială, intensitatea tulburării şi a modului evolutiv. Spre deosebire de sistemele tradiţionale (dar în consonanţă cu sistemul DSM-IV) se încearcă limitarea utilizării unor termeni, precum nevroza şi psihoza, dar mai ales a termenului (de condiţionare) endogenă. Aceste probleme le vom comenta în ultimul capitol, după ce vom aduce în discuţie şi psihopatologia (a se vedea paragraful 5.8.).

2.7.2. Tabla de materii a entităţilor nosologice cuprinse în ICD-10

Tabla de materii a entităţilor nosologice cuprinse în ICD-10 este următoarea:

(F00 – F09) Tulburări mintale şi comportamentale datorate unor suferinţe cerebrale

F00 Demenţa în boala Alzheimer:

F00.0 Demenţa în boala Alzheimer cu debut timpuriu; F00.1. Demenţa în boala Alzheimer cu debut tardiv; F00.2 Demenţa în boala Alzheimer, atipică sau de tip mixt; F00.9

F01 Demenţa vasculară:

F01.0 Demenţa vasculară cu debut acut; F01.1 Demenţa multiinfarct; F01.2 Demenţa vasculară subcorticală; F01.3 Demenţa vasculară mixtă corticală şi subcorticală; F01.8; F01.9

F02 Demenţa în alte boli, clasificate în altă parte:

F02.0 Demenţa în boala Pick; F02.1 Demenţa în boala Creutzfeld-Jacob; F02.2 Demenţa în boala Huntington; F02.3 Demenţa în boala Parkinson; F02.4 Demenţa în boala cu virusul imunodeficienţei umane HIV-SIDA; F02.8

F03. Demenţa nespecificată: Trebuie adăugat un al 5-lea caracter, pentru a specifica demenţa la F00-F03, după cum urmează: .X0 fără simptome adiţionale; .X1 alte simptome predominant delirante; .X2 alte simptome predominant halucinatorii; .X3 alte simptome predominant depresive; .X4 alte simptome mixte

F04 Sindromul amnestic organic neindus de alcool sau alte substanţe psihoactive

F05. Delirium, neindus de alcool sau alte substanţe psihoactive:

F05.0 Delirium, nesuprapus pe demenţă, conform descrierii anterioare; F05.1 Delirium, suprapus pe demenţă; F05.8 F05.9

F06 Alte tulburări mintale datorate leziunii, disfuncţiei cerebrale şi bolii somatice:

F06.0 Starea halucinatorie organică; F06.1 Tulburarea catatonă organică F06.2 Tulburarea delirantă organică (schizophrenia-like); F06.3 Tulburări organice ale dispoziţiei (afective); F06.30 Tulburarea organică maniacală; F06.31 Tulburarea organică bipolară; F06.32 Tulburarea organică depresivă; F06.33 Tulburarea organică afectivă mixtă; F06.4 Tulburarea organică anxioasă; F06.5 Tulburarea organică disociativă; F06.6 Tulburarea organică labilă emoţională (astenică); F06.7 Tulburarea organică cognitivă uşoară; F06.8 F06.9

F07 Tulburări de personalitate şi comportament datorate bolii, leziunii şi disfuncţiei cerebrale:

F07.0 Tulburare organică de personalitate; F70.1 Sindrom postencefalitic; F07.2 Sindromul organic cerebral (posttraumatic); F07.8 F07.9

F09 Tulburarea mintală organică sau simptomatică, nespecificată:

(F10 – F19) Tulburări mintale şi comportamentale datorate utilizării de substanţe psihoactive

F10 Tulburări mintale şi comportamentale datorate utilizării alcoolului

F11 Tulburări mintale şi comportamentale datorate utilizării opiozilor

F12 Tulburări mintale şi comportamentale datorate utilizării canabinoizilor

F13 Tulburări mintale şi comportamentale datorate utilizării sedativelor şi hipnoticelor

F14 Tulburări mintale şi comportamentale datorate utilizării cocainei

F15 Tulburări mintale şi comportamentale datorate utilizării altor stimulante inclusiv cafeina

F16 Tulburări mintale şi comportamentale datorate utilizării halucinogenelor

F17 Tulburări mintale şi comportamentale datorate utilizării tutunului

F18 Tulburări mintale şi comportamentale datorate utilizării solvenţilor volatili

F19 Tulburări mintale şi comportamentale datorate utilizării mai multor droguri sau altor substanţe psihoactive

Categoriile cu al 4-lea şi al 5-lea caracter pot fi folosite pentru specificarea stării clinice, după cum urmează:

F1X.0 Intoxicaţia acută: .00 Necomplicată; .01 Cu traumatism sau altă leziune corporală; .02 Cu altă complicaţie medicală; .03 Cu delirium; .04 Cu distorsiuni perceptuale; .05 Cu comă; .06 Cu convulsii; .07 Intoxicaţie patologică

F1X1 Utilizare nocivă

F1X2 Sindrom de dependenţă: .20 În prezent abstinent; .21 În prezent abstinent, dar în ambianţa protectivă; .22 În prezent în supraveghere clinică sau în regim de înlocuire (dependenţă controlată); .23 În prezent abstinent, dar în tratament cu droguri aversive sau blocante; .24 În prezent utilizând substanţa (dependenţă activă); .25 Utilizare continuă; .26 Utilizare episodică (dipsomanie)

F1X3 Stare de sevraj: .30 Necomplicată; .31 Cu convulsii

F1X4 Stare de sevraj cu delirium: .40 Fără convulsii; .41 Cu convulsii

F1X5 Tulburare psihotică: .50 Schizophrenia-like; .51 Predominant delirantă; .52 Predominant halucinatorie; .53 Predominant polimorfă; .54 Predominant cu simptome depresive; .55 Predominant cu simptome maniacale; .56 Cu simptome mixte.

F1X6 Sindrom amnestic

F1X7 Tulburare psihotică reziduală şi cu debut tardiv: .70 Flash back-uri (rememorări paroxistice); .71 Tulburare de personalitate sau de comportament; .72 Tulburare afectivă reziduală; .73 Demenţă; .74 Altă deteriorare cognitivă persistentă; .75 Tulburare psihotică cu debut tardiv;

F1X8; F 1X9

F20-F29 Schizofrenia, tulburările schizotipale şi tulburările delirante

F20 Schizofrenia

F20.0 Schizofrenie paranoidă; F20.1 Schizofrenie hebefrenă; F20.2 Schizofrenie catatonă; F20.3 Schizofrenie nediferenţiată; F20.4 Depresie postschizofrenă; F20.5 Schizofrenie reziduală; F20.6 Schizofrenie simplă; F20.8; F20.9

Al 5-lea caracter poate fi folosit pentru a clasifica modalitatea evolutivă:

F20.X0 Continuă; F20.X1 Episodică, cu deficit progresiv; F20.X2 Episodică, cu deficit stabil; F20.X3 Episodică, remitentă; F20.X4 Remisiune incompletă; F20.X5 Remisiune completă; F20.X8 F20.X9

F21 Tulburare schizotipală

F22 Tulburări delirante persistente:

F22.0 Tulburare delirantă; F22.8; F22.9

F23 Tulburări psihotice acute şi tranzitorii:

F23.0 Tulburare psihotică acută polimorfă fără simptome de schizofrenie; F23.1 Tulburare psihotică acută polimorfă, cu simptome de schizofrenie; F23.2 Tulburare psihotică acută schizophrenia-like; F23.3 Alte tulburări psihotice acute, predominant delirante; F23.8; F23.9

Se poate utiliza al 5-lea caracter pentru a identifica prezenţa sau absenţa stresului acut asociat: .X0 Fără stres acut asociat; .X1 Cu stres acut asociat

F24 Tulburare delirantă indusă

F25 Tulburări schizoafective

F25.0 Tulburare schizoafectivă de tip maniacal; F25.1 Tulburare schizoafectivă de tip depresiv; F25.2 Tulburare schizoafectivă de tip mixt; F25.8; F25.9

F28; F29

F30-F39 Tulburări ale dispoziţiei afective

F30 Episodul maniacal: F30.0 Hipomanie; F30.1 Manie, fără simptome psihotice; F30.2 Manie, cu simptome psihotice; F30.8; F 30.9

F31 Tulburarea afectivă bipolară

F31.0 Tulburarea afectivă bipolară cu episod actual hipomaniacal; F31.1 Tulburarea afectivă bipolară cu episod actual maniacal fără simptome psihotice; F31. Tulburarea afectivă bipolară cu episod actual maniacal cu simptome psihotice; F31.3 Tulburarea afectivă bipolară cu episod actual depresiv uşor sau moderat: .30 Fără simptome somatice; .31 Cu simptome somatice; F31.4 Tulburarea afectivă bipolară cu episod actual depresiv sever, fără simptome psihotice; F31.5 Tulburarea afectivă bipolară cu episod actual depresiv sever, cu simptome psihotice; F31.6 Tulburarea afectivă bipolară – episod actual mixt; F31.7 Tulburarea afectivă bipolară, în prezent, în remisiune; F31.8; F31.9

F32 Episod depresiv

F32.0 Episod depresiv uşor: .00 Fără simptome somatice; .01 Cu simptome somatice; F32.1 Episod depresiv moderat: .10 Fără simptome somatice; .11 Cu simptome somatice; F32.2 Episod depresiv sever fără simptome psihotice; F32.3 Episod depresiv sever cu simptome psihotice;F 32.8; F32.9

F33 Tulburare depresivă recurentă

F33.0 Tulburare depresivă recurentă cu episod actual uşor: .00 Fără simptome somatice; .01 Cu simptome somatice; F33.1 Tulburarea depresivă recurentă cu episod actual moderat: .10 Fără simptome somatice; .11 Cu simptome somatice; F33.2 Tulburarea depresivă recurentă cu episod actual sever, fără simptome psihotice; F33.3 Tulburarea depresivă recurentă cu episod actual sever, cu simptome psihotice; F33.4 Tulburarea depresivă recurentă, în prezent, în remisiune; F33.8; F33.9

F34 Tulburări persistente ale dispoziţiei (afective)

F34.0 Ciclotimie; F34.1 Distimie; F34.8; F34.9

F38 Alte tulburări ale dispoziţiei (afective)

F38.0 Alte tulburări singulare ale dispoziţiei afective: .00 Episod afectiv

mixt; F38.1 Alte tulburări recurente ale dispoziţiei afective; .10 Tulburare depresivă recurentă, scurtă; F38.8

F39 Tulburarea dispoziţiei afective, nespecificată

F40-F48 Tulburări nevrotice corelate cu stresul şi tulburări somatoforme

F40 Tulburări anxios-fobice:

F40.0 Agorafobia: .00 Fără tulburare de panică; .01 Cu tulburare de panică; F40.1 Fobii sociale; F40.2 Fobii specifice (izolate); F40.8; F40.9

F41 Alte tulburări anxioase:

F41.0 Tulburarea de panică (anxietate paroxistică episodică); F41.1 Tulburare de tip anxietate generalizată; F41.2 Tulburare mixtă, anxioasă şi depresivă; F41.3 Alte tulburări anxioase mixte; F41.8; F41.9

F42 Tulburare obsesiv-compulsivă:

F42.0 Gânduri sau ruminaţii obsesionale predominante; F42.1 Acte compulsive (ritualuri obsesionale) predominante; F42.2 Gânduri şi acte obsesionale mixte; F42.8; F42.9

F43 Reacţie la stres sever şi tulburări de adaptare:

F43.0 Reacţie acută la stres; F43.1 Tulburare de stres posttraumatică; F43.2 Tulburări de adaptare: .20 Reacţie depresivă scurtă; .21 Reacţie depresivă prelungită; .22 Reacţie mixtă, anxioasă şi depresivă; .23 Cu perturbarea predominantă a altor emoţii; .24 Cu predominanţa tulburărilor de conduită; .25 Cu perturbare mixtă, a emoţiilor şi conduitei; .28 Cu alte simptome predominante, specificate; F43.8; F43.9

F44 Tulburări disociative (conversive):

F44.0 Amnezie disociativă; F44.1 Fugă disociativă;F44.2 Stupor disociativ; F44.3 Tulburări de transă şi posesiune; F44.4 Tulburări disociative motorii; F44.5 Convulsii disociative; F44.6 Anestezie şi pierdere senzorială disociativă; F44.7 Tulburări disociative (conversive) mixte; F44.8: .80 Sindrom Ganser; .81 Tulburare de personalitate multiplă; .82 Tulburări disociative (conversive) tranzitorii, ce apar în copilărie şi adolescenţă; .88;F44.9.

F45 Tulburări somatoforme:

F45.0 Tulburare de somatizare: F45.1 Tulburare somatoformă nediferenţiată; F45.2 Tulburare hipocondriacă; F45.3 Disfuncţie vegetativă somatoformă: .30 Cordul şi sistemul cardio-vascular; .31 Tractul gastro-intestinal superior; .32 Tractul gastro-intestinal inferior; .33 Sistemul respirator; .34 Sistemul uro-genital; .38 Alt organ sau sistem; F45.4 Tulburare somatoformă de tipul durerii persistente; F45.8; F45.9

F48 Alte tulburări nevrotice:

F 48.0 Neurastenia; F48.1 Sindromul de depersonalizare – derealizare; F48.8; F48.9

F50 – F59 Sindroame comportamentale asociate cu tulburări fiziologice şi factori somatici

F50 Tulburări ale instinctului alimentar:

F50.0 Anorexie nervoasă; F50.1 Anorexie nervoasă atipică; F50.2 Bulimie nervoasă; F50.3 Bulimie nervoasă tipică; F50.4 Alimentaţie excesivă, asociată cu alte tulburări psihologice: F50.5 Vomă, asociată cu alte tulburări psihologice; F50.8; F50.9

F51 Tulburări non-organice ale somnului:

F51.0 Insomnie non-organică; F51.1 Hipersomnie non-organică; F51.2 Tulburare anorganică a ciclului somn-veghe; F51.3 Somnambulism; F51.4 Teroare nocturnă; F51.5 Coşmaruri; F51.8; F51.9

F52 Disfuncţie sexuală necauzată de o boală sau tulburare organică:

F52.0 Lipsa sau pierderea dorinţei sexuale; F52.1 Aversiunea sexuală şi lipsa plăcerii sexuale: .10 Aversiune sexuală; .11 Lipsa plăcerii sexuale; F52.2 Eşec al satisfacţiei sexuale; F52.3 Disfuncţie orgasmică; F52.4 Ejaculare precoce; F52.5 Vaginismul non-organic; F 52.6 Dispareunie non-organică; F52.7 Impuls sexual excesiv; F52.8; F52.9

F53 Tulburări mintale şi comportamentale asociate cu puerperiul, neclasificate în altă parte

F53.0 Tulburări mintale şi comportamentale uşoare asociate cu puerperiul, neclasificare în altă parte; F53.1 Tulburări mintale şi comportamentale severe, asociate cu puerperiul, neclasificate în altă parte; F53.8; F53.9

F54 Factori psihologici şi comportamentali asociaţi cu tulburări sau boli clasificate în altă parte

F55 Abuzul de substanţe ce nu produc dependenţă:

F55.0 Antidepresive; F55.1 Laxative; F55.2 Analgezice: F55.3 Antiacide; F55.4 Vitamine; F55.5 Steroizi sau hormoni; F55.6 Remedii specifice vegetale sau populare; F55.8; F55.9

F59 Sindroame comportamentale nespecificate, asociate cu tulburări fiziologice şi factori somatici

F60-F69 Tulburări ale personalităţii şi comportamentului adultului

F60 Tulburări specifice de personalitate:

F60.0 Tulburare de personalitate paranoidă; F60.1 Tulburare de personalitate schizoidă; F60.2 Tulburare de personalitate disocială; F60.3 Tulburare de

personalitate emoţională instabilă: .30 De tip impulsiv; .31 De tip borderline; F60.4 Tulburare de personalitate histrionică; F60.5 Tulburare de personalitate anankastă; F60.6 Tulburare de personalitate anxioasă (evitantă); F60.7 Tulburare de personalitate dependentă; F60.8; F60.9

F61 Tulburări mixte şi alte tulburări de personalitate:

F61.0 Tulburări mixte de personalitate; F61.1 Modificări stânjenitoare accentuate ale personalităţii

F62 Schimbări durabile ale personalităţii, neatribuibile unor leziuni sau boli cerebrale

F62.0 Schimbare durabilă de personalitate, după o trăire catastrofică prelungită; F62.1 Schimbare durabilă de personalitate, după o afecţiune psihiatrică; F62.8

F63 Tulburări ale habitusului (deprinderilor/obiceiurilor) şi impulsurilor:

F63.0 Joc e noroc patologic; F63.1 Incendiere patologică (piromania); F63.2 Furt patologic (cleptomania); F63.3 Tricotilomanie; F63.8; F63.9

F64 Tulburări de identitate cu propriul sex:

F64.0 Transsexualism; F64.1 Transvestism cu rol dual; F64.2 Tulburare de identitate cu propriul sex în copilărie; F64.8; F64.9

F65 Tulburări ale preferinţei sexual:

F65.0 Fetişism; F65.1 Transvestism fetişistic; F65.2 Exhibiţionism; F65.3 Voyeurism; F65.4 Pedofilie; F65.5 Sadomasochism; F65.8; F65.9

F66 Tulburări psihologice şi comportamentale, asociate cu dezvoltarea şi orientarea sexuală:

F66.0 Tulburarea de maturare sexuală; F66.1 Orientarea sexuală egodistonică; F66.2 Tulburarea relaţiei sexuale; F66.8; F66.9

Al 5-lea caracter poate fi utilizat pentru a indica asocierea cu:

.X0 Heterosexualitate; .X1 Homosexualitate; .X2 Bisexualitate; .X8

F68 Alte tulburări de personalitate şi comportament ale adultului: F68.0 Accentuarea simptomelor somatice din motive psihologice; F68.1 Producere intenţionată sau simulare de simptome sau de incapacitate somatică sau psihologică (tulburări factice); F68.8

F69 Tulburări de personalitate şi comportament ale adultului, nespecificate

F70 – F79 Retardare mintală

F70 Retardare mintală uşoară

F71 Retardare mintală moderată

F72 Retardare mintală severă

F73 Retardare mintală profundă

F78. F79

Al 4-lea caracter poate fi utilizat pentru a specifica extensiunea afectării comportamentelor asociate: F7X.0 Tulburare a comportamentului, absentă sau minimă; F7X.1 Tulburare semnificativă a comportamentului, necesitând supraveghere sau tratament; F7X.8; F7X.9

F80 – F89 Tulburări ale dezvoltării psihologice

F80 Tulburări specifice de dezvoltare a vorbirii şi limbajului:

F80.0 Tulburări specifice ale achiziţiei articulării şi vorbirii;

F80.1 Tulburare a achiziţiei limbajului expresiv; F80.2 Tulburare a achiziţiei limbajului receptiv; F80.3 Afazie dobândită, cu epilepsie (sindrom Landau-Klefner); F80.8; F80.9

F81 Tulburări specifice de dezvoltare a abilităţilor şcolare:

F81.0 Tulburare specifică a cititului; F81.1 Tulburare specifică a scrisului; F81.2 Tulburare specifică a abilităţilor aritmetice; F81.3 Tulburare mixtă a abilităţilor şcolare; F81.8; F81.9

F82 Tulburare specifică de dezvoltare a funcţiei motorii

F83 Tulburări specifice mixte de dezvoltare

F84 Tulburări globale de dezvoltare:

F84.0 Autismul infantil; F84.1 Autismul atipic; F84.2 Sindromul Rett; F84.3 Altă tulburare desintegrativă a copilăriei; F84.4 Tulburare hiperkinetică asociată cu retardarea mintală şi mişcări stereotipe; F84.5 Sindromul Asperger; F84.8; F84.9

F88 Alte tulburări ale dezvoltării psihologice

F89 Tulburare a dezvoltării psihologice nespecificată

F90–F99 Tulburări comportamentale şi emoţionale cu debut în copilărie şi adolescenţă

F90 Tulburări hiperkinetice:

F90.0 Tulburare a activităţii şi atenţiei; F90.1 Tulburare hiperkinetică de conduită; F90.8; F90.9,

F91 Tulburări ale conduitei:

F91.0 Tulburare de conduită limitată la contextul familial; F91.1 Tulburare de conduită nesocializată; F91.2 Tulburare de conduită socializată; F91.3 Tulburare deviantă, opoziţionistă cu provocare; F91.8; F91.9

F92 Tulburări mixte, ale conduitei şi emoţiei:

F92.0 Tulburare de conduită depresivă;

F92.8 ; F92.9

F93 Tulburări emoţionale cu debut specific în copilărie:

F93.0 Tulburare de tip anxietate de separare, în copilărie; F93.1 Tulburare anxios fobică în copilărie; F93.2 Tulburare de tip anxietate socială în copilărie; F93.3 Tulburare de rivalitate fraternă; F93.8; F93.9

F94 Tulburări ale funcţionării sociale cu debut specific în copilărie şi adolescenţă:

F94.0 Mutism electiv; F94.1 Tulburare reactivă de ataşament a copilăriei; F94.2 Tulburare de ataşament de tip dezinhibat; F94.8; F94.9

F95 Ticuri :

F95.0 Tic tranzitoriu; F95.1 Tic motor sau vocal cronic; F95.2 Tic vocal asociat cu tic motor multiplu (sindrom la Tourette); F95.8; F95.9

F98 Alte tulburări comportamentale şi emoţionale cu debut obişnuit în copilărie şi adolescenţă:

F98.0 Enurezis non-organic; F98.1 Encoprezis non-organic; F98.2 Tulburare a instinctului alimentar în perioada de sugar şi în copilărie; F98.3 Pica în perioada de sugar şi în copilărie; F98.4 Mişcări stereotipe; F98.5 Balbism; F98.6 Bolboroseală; F98.8; F98.9

F99 Tulburare mintală nespecificată

Sistemul ICD-10, în varianta sa cu 4 caractere despărţite de punct (litera F, două cifre ce caracterizează entitate psihiatrică, plus o nouă cifră plasată după un punct, care detaliază caracteristicile clinice ale episodului), are în vedere atât diagnosticul de episod (de ex. e.ps. depresiv, maniacal, agorafobic), cât şi cel de boală (tulburare afectivă bipolară, schizofrenie). Acest sistem acceptă şi variante suplimentare, mai detaliate de etichetare, atât pentru episod, cât şi pentru boală. De ex., pentru cazul unui alcoolism maladiv cu dependenţă, pe lângă cadrul F10.2, se mai pot adăuga şi următoarele caracteristici, care urmează codului sus amintit: F10.20 = în prezent abstinent; F10.21 = în prezent abstinent, dar în ambianţă protectivă; F10.22 = în prezent în supraveghere clinică continuă sau regim de înlocuire; F10.23 = în prezent abstinent, dar în tratament cu droguri adversive sau blocante; F10.24 = în prezent utilizând substanţă (dependenţă activă); F10.25 = utilizare continuă; F10.26 = utilizare episodică (dipsomanie); şi în continuare: F10.30 = stare de sevraj necomplicată; F10.31 = cu convulsii.

În perspectiva bolii, se poate codifica modalitatea evolutivă. În cazul schizofreniei, codificată la F20.X (X însemnând forma clinică), se poate adăuga, în perspectiva evolutivă: F20.X0 = continuă; F20.X1 = episodică, cu deficit progresiv;

F20.X2 = episodică, cu deficit stabil; F20.X3 = episodică remitentă; F20.X4 = remisiune incompletă; F20.X5 = remisiune completă; F20.X8 altă evoluţie; F20.X9 = perioada de observaţie sub un an.

Sistemul nosologico-nosografic ICD-10, aşa cum a fost prezentat, nu acoperă în întregime problematica „bolii", a tulburării psihice şi comportamentale, aşa cum a fost comentată la începutul capitolului. La fel se prezintă lucrurile în DSM-IV, dacă nu se are în vedere „diagnosticul pe axe". În cadrul acestei perspective, se fac trimiteri ce pot fi relevante la particularităţile terenului, la suferinţele organic-cerebrale şi stresorii psiho-sociali ce au acţionat în ultima perioadă de timp (fiind, eventual, chiar concomitenţi), la deteriorarea funcţionării sociale în raport cu un maxim atins în trecutul biografic şi chiar la unii factori de vulnerabilizare a persoanei (în diagnosticul pe axe a ICD-10, care invocă codurile Z). Totuşi, chiar cu aceste amendamente, sistemele standardizate actuale de clasificare, etichetare şi diagnostic nu pot face faţă pretenţiilor unei concepţii cuprinzătoare asupra bolii psihice; astfel încât, domeniul este deschis spre noi elaborări.

2.7.3. Aspecte problematice ale nosologiei psihiatrice

Problematica bolii psihice şi a nosologiei psihiatrice are încă o serie de teme controversate, ce se află în dezbatere. Dintre acestea amintim:

– Distincţia între perspectiva categorială şi cea dimensională. Această temă este prezentă în multiple domenii ale ştiinţelor psiho-sociale şi e aplicabilă şi psihologiei şi psihiatriei. În perspectiva „categorială", în nosologia psihiatrică se pot distinge e.ps. sau „boli" (entităţi nosologice) distincte şi clar circumscrise prin „definiţii operaţionale". Astfel de definiţii – sugerate de Hempel, pentru a fi utilizate în ştiinţele socio-psihologice – au stat la baza „criteriilor de diagnostic pentru cercetare" (Reseach Criteria Diagnosis – RCD). Se definesc, astfel, criterii de includere (de definire) şi de excludere, pentru circumscrierea unei entităţi nosologice tipice (în sens de ep.s sau boală), utile cercetării. Cazurile care nu intră sub rigorile acestor definiţii sunt excluse din preocuparea cercetătorului, care se centrează pe „formele tipice", „pure", de tulburări psihice. Ceea ce nu înseamnă că astfel de cazuri impure, atipice, mixtate nu există în realitate. Formele tipic-ideale (pure, în conformitate cu RDC) ar sta la baza sistematizării nosologico-nosografice, a cercetării diagnosticului. Printre sistemele riguroase de cercetare menţionăm, ca exemplu, pe cea a Şcolii din Viena (37).

Putem lua, spre exemplificare, tulburările dispoziţional afective, în care se opune s. depresiv inhibat faţă de s. maniacal euforic. Dar, există o mare varietate, în ceea ce priveşte intensitatea şi combinaţiile simptomatico-sindromatice, care gravitează în jurul unui e.ps. depresiv sau maniacal, aşa cum deja s-a menţionat. În plus, s-au descris şi se acceptă forme mixte alterne (în care e.ps. depresiv şi maniacal alternează la intervale scurte de timp) şi forme mixte concomitente (în care, la acelaşi caz, se întâlnesc, în acelaşi timp, simptome care fac parte din e.ps. depresiv şi maniacal. Vom lua acum în considerare „boala" (tulburarea) afectivă cu episoade recurente. Nosologia actuală – cea a ICD-10 şi DSM-IV, acceptă două variante:

a) Tulburarea bipolară, în care sunt prezente atât e.ps. depresive (şi subdepresive), cât şi maniacale (hipomaniacale) sau mixte, în diverse forme de succesiune, pe un teren personalistic specific (în cadrul căruia se poate manifesta ciclotimia, adică succedarea unor episoade sub-depresive şi hipomaniacale), cu o încărcătură genetică specifică (în sensul bolii bipolare) şi cu respondenţa terapeutică preventivă specifică, prin stabilizatori timici (carbonat de litiu, carbamazepină, valproat de sodiu).

b) Tulburarea monopolar depresivă, în care se succed doar episoade depresive (de obicei mixtate cu anxietatea) care apar la vârsta adultă şi înaintată, se agravează progresiv, ca durată şi intensitate, au tendinţă de comorbiditate alcoolică şi toxicomană, apar pe un fond specific de personalitate (pasiv-dependentă sau „tipus melancholicus" în sensul descris de Tellenbach), au o încărcătură genetică specifică, în direcţia tulburării monopolar depresive sau a spectrului acesteia (suicid frecvent, alcoolism şi toxicomanii, şi personalitate sociopată la bărbaţi).

În raport cu aceste 2 entităţi nosologice, rămâne, pentru mulţi, un mister faptul că nu e recunoscută şi o „tulburare monopolar maniacală". În această direcţie, disputele durează de zeci de ani. Merită reţinută argumentarea lui Leonhard, privitor la faptul că cele mai multe studii s-au făcut în emisfera nordică; pe când, cercetările din zonele subtropicale indică o frecvenţă crescută a e.ps maniacale şi multe cazuri ce pot fi etichetate ca monopolar-maniacale. Astfel de cazuri au fost, de fapt, constant descrise şi în Europa şi SUA, chiar dacă nu domină scena problematicii tulburărilor afective Având în vedere aceste argumente, apare ca raţional punctul de vedere a lui Akiskal (38), potrivit căruia există un continuum între tulburarea monopolar depresivă şi cea monopolar maniacală, intervalul fiind ocupat de tulburările bipolare, în variatele lor forme de manifestare (fig. XI).

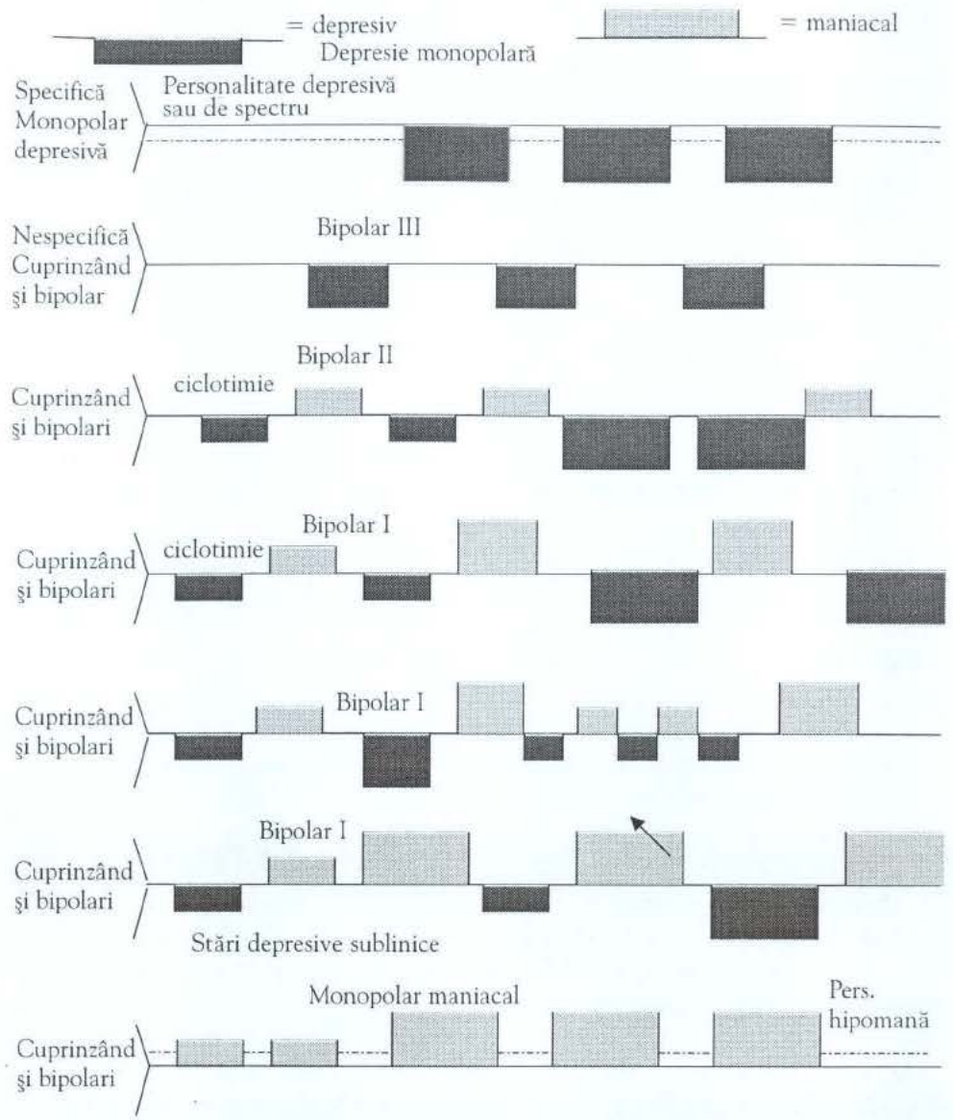


Figura XI. Continuumul tulburărilor afective recurente (după Akiskal)

Pornind de la acest domeniu problematic, se poate avansa spre dezbaterea – deja tradiţională – a specificităţii nosologice a „psihozelor endogene". Întreaga experienţă clinico-psihopatologică a sec. XIX şi XX s-ar putea rezuma la polarizarea acestor tulburări în trei direcţii : 1) Psihozele delirante, a căror prototip e paranoia, dar care se extind în direcţia clasicelor psihoze delirant-halucinatorii (paranoide), cu debut la vârstele adulte şi înaintate; 2) Psihozele schizofrene, al căror nucleu s-ar afla în simptomatologia descrisă de Bleuler, ca primară – reluată, apoi, de criteriile şcolii din Viena (36) – şi care au în vedere: s. de dezorganizare ideo-verbală şi comportamentală; s. apato-abulic-amotivaţional; s. de depersonalizare; s.autist (simptomatologia delirant-halucinatorie nu ar fi caracteristică; ea ar apărea secundar şi e de luat în considerare pentru diagnostic doar dacă se combină cu sindroamele menţionate deja, realizându-se prin „delir primar", prin bizareria depersonalizantă a deliriumului halucinator, prin fenomenele de transparenţă-influenţă, ce articulează cu s. de depersonalizare); 3) Psihozele afective periodice, cu întreaga lor arie de desfăşurare, începând cu tulburarea monopolar depresivă, trecând prin cea bipolară şi mixtă şi terminând cu tulburarea monopolar maniacală.

Între aceşti 3 poli, care agregă o cazuistică tipică, se distribuie cazurile atipice atât în ceea ce priveşte tabloul clinic al câte unui episod, cât şi diversele episoade succesive. Vom întâlni astfel: 1.1. Psihoze delirante ce se apropie de schizofrenie sau de tulburarea afectivă periodică; 2.1. Psihoze schizofrene ce se apropie de (sau se mixtează cu) psihozele delirante sau de tulburare afectivă periodică; 3.1. Psihoze afective periodice ce se apropie de (sau se mixtează cu) elemente de psihoză schizofrenă sau psihoză delirantă (fig. XII şi fig. XIII).

Această perspectivă a „continuumului psihotic" este susţinută de o lungă tradiţie clinico-psihopatologică, ce a comentat în permanenţă problema „psihozei unice" („Einheitpsychose" în literatura germană) (39). În lumea ştiinţifică anglo-saxonă, ideea e susţinută, în ultimul deceniu, mai ales de Crow (autorul, în 1980, a conceptiei privitoare la divizarea schizofreniei în varianta + şi –).

În prezent, această problemă este reactualizată prin dezbaterile tot mai ample în jurul „primului episod de psihoză" (40, 41).

Termenul de psihoză endogenă este regândit în manieră tradiţională (a se vedea paragraful 5.8.), deci, cuprinzând tulburările de tip schizofren, delirant, halucinator (de diverse structurări şi durate), maniacal, depresiv major (eventual cu delir). Doar că, primul episod psihotic nu mai e considerat ca definind automat o boală. El este înregistrat cât mai detaliat, împreună cu faza

sa prodromală (care, uneori, poate dura ani de zile). Tratamentul şi, uneori, programele de reabilitare, instituite de la început, fac parte dintr-un program de „management" atent, pentru a înregistra cât mai corect eventualele recăderi, fără idei preconcepute în ceea ce priveşte un anumit cadru nosologic. Doctrina, ce stă la baza acestui program de cercetare, aflat în plină desfăşurare, este apropiată de concepţia psihozei unice.

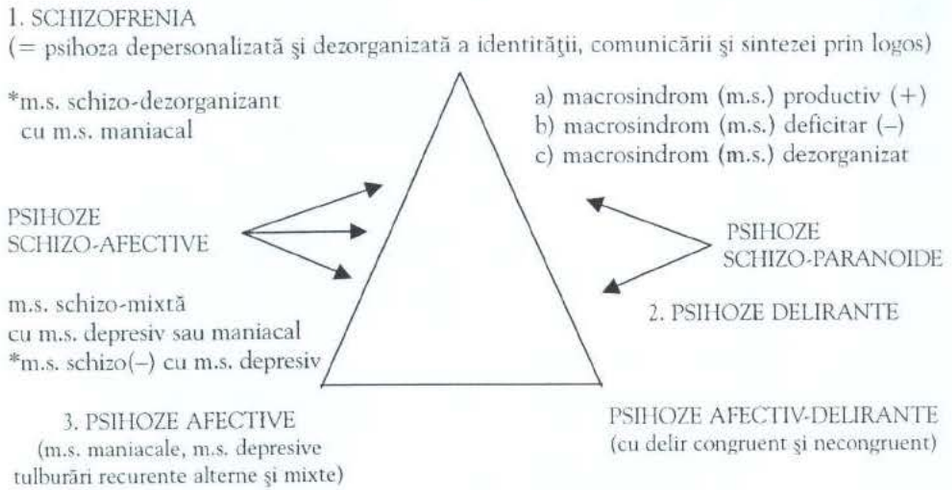


Figura XII. Model triunghiular al psihozelor endogene (Lăzărescu)

Menţionăm, în plus, că au fost descrise entităţi nosologice psihotice care nu sunt incluse în ICD-10 sau menţionate doar marginal. Amintim: – psihoza halucinatorie cronică; – bufeul delirant (ambele descrise de psihiatrii francezi ai secolului) (42); – psihozele ciclice şi sistematice descrise de Leonhard (43); – psihozele cicloide (care încearcă o sinteză a precedentelor), comentate de Perris (44). În perspectiva gândirii continuumului dimensional în psihopatologia clinică, lucrurile nu se opresc la acest nivel. De multe decenii s-a ridicat problema cazurilor intermediare între tulburările clinic-psihopatologice de formă şi intensitate psihotică, pe de o parte, şi tulburările de personalitate şi cele nevrotice, pe de altă parte.

Există o lungă tradiţie care încorporează conceptul de „pan-nevroză" ca marginal psihozei; sau, de tulburare de personalitate malignă, fapt ce a şi condus la acceptarea „tulburării schizotipale ca o entitate clinică. În continuarea unei

lungi tradiţii, în ultimii ani, s-a redeschis dezbaterea în ceea ce priveşte statutul nosologic al tulburării obsesiv-compulsive, care, nu rareori, atinge o intensitate marginal sau chiar franc psihotică.

O altă perspectivă a continuumului o întâlnim în cazul tulburărilor psihice şi comportamentale uşoare, condiţionate de factori psiho-sociali. ICD-10 le încadrează în clasa F40 – F49, mai ales la F43 = Reacţii la un factor de stres important şi tulburări de adaptare. Dacă o astfel de „reacţie" nu are o intensitate care să permită un diagnostic de boală (tulburare), ea poate fi, totuşi, înregistrată în codurile Z. Multe dintre situaţiile ce intră sub incidenţa acestor coduri pot juca un rol etiopatogenic, în vulnerabilizarea persoanei de-a lungul biografiei, motiv pentru care ele sunt utilizate şi în sistemul de diagnostic ICD-10 pe axe (Axa III). Redăm câteva din aceste situaţii:

Z56 Probleme legate de serviciu şi şomaj;

Z59 Probleme legate de circumstanţele domestice şi economice;

Z60 Probleme legate de mediul social: probleme de adaptare la tranziţia ciclurilor vieţii; situaţie parentală atipică; singurătate; dificultate de aculturaţie; excludere sau reject social; discriminare socială;

Z61 Probleme legate de evenimente negative din copilărie: pierderea unei relaţii apropiate; plecarea de acasă; alterarea modelului familial; evenimente ce produc pierderea stimei de sine; abuz sexual intrafamilial; abuz fizic intrafamilial; experienţe de viaţă înfricoşătoare sau negative;

Z62 Probleme legate de educaţie (instrucţie): supraveghere şi control parental neadecvat; hiperprotecţie parentală; educaţie instituţionalizată; victimă a atitudinii ostile, „ţap ispăşitor"; neglijarea emoţională a copilului; presiune parentală anormală şi alte anomalii în procesul educaţional;

Z55 Probleme legate de educaţie şi învăţământ;

Z63 Alte probleme legate de grupul de suport primar, incluzând circumstanţele familiale: probleme legate de relaţia cu partenerul, cu părinţii, socrii; suport familial neadecvat; absenţa unui membru de familie; dispariţia sau decesul unui membru de familie; dezmembrarea familiei prin separare sau divorţ; rudă ce necesită îngrijire la domiciliu;

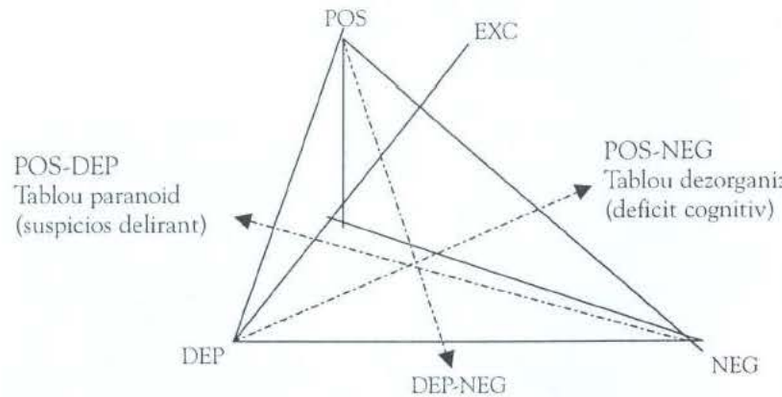
Z64 Probleme legate de anumite circumstanţe psiho-sociale: sarcină nedorită; căutarea şi acceptarea unor intervenţii psihologice, fizice, chimice şi nutriţionale, cunoscute ca riscante sau vătămătoare; disensiuni cu consilierii;

Z65 Probleme legate de alte circumstanţe psiho-sociale: condamnarea, în procese civile şi penale, fără încarcerare; încarcerarea; probleme legate de

ieşirea din închisoare; victima unei agresiuni sau a terorismului (inclusiv tortura); expunerea la un dezastru, război sau situaţii similare;

Z72 Probleme legate de stilul de viaţă: utilizare de tutun, alcool, droguri, lipsa exerciţiilor fizice, dietă şi obiceiuri alimentare nepotrivite, comportament sexual cu risc înalt, jocuri de noroc, comportament autovătămător;

Z73 Probleme legate de dificultăţile de management ale propriei vieţi: epuizare intensă („burn-out"); lipsa de relaxare, factori ce conduc la accentuarea trăsăturilor de personalitate, stres, abilităţi sociale neadecvate, conflict de rol social (neclasificate în altă parte).



LEGENDĂ:
POS=macrosindrom schizo-pozitiv (+);
NEG=m.s. schizo-negativ(–);
DEP=depresie;
EXC=excitaţie.

Concepţia lui Key e interesantă, sugerând posibila şi variata combinaţie dintre m.s. depresiv şi de excitaţie, cu tablourile clinice specifice schizofreniei, în afara clasicelor episoade schizo-afective; în mod special, e remarcabilă sugestia combinării dintre schizo (–) şi depresie în cadrul catatoniei, care a fost susţinută de mai multe studii. Totuşi, nu se acordă un statut de independenţă (relativă, cel puţin) tulburărilor dezorganizante şi celor delirante.

Figura XIII. Modelul piramidal (Key)

Sistemul DSM-IV include şi el, pe lângă clasificarea oficial codificată, un capitol intitulat: „Alte tulburări ce pot fi în centrul atenţiei clinice". În cadrul acestuia e prezentat un subcapitol intitulat „Probleme relaţionale" ce pot fi adăugate axei I şi IV, deoarece joacă un rol important în manifestarea simptomelor de funcţionare socială. Între acestea sunt menţionate, în cadrul codului generic V şi următoarele: probleme relaţionale părinte-copil; probleme cu partenerul; probleme cu fraţii şi cu cei de aceeaşi vârstă; abuz fizic şi sexual al copilului; neglijarea copilului; abuz fizic şi sexual al adultului; necomplianţa la tratament; doliu, probleme şcolare (academice); probleme profesionale (ocupaţionale); probleme privind identitatea; probleme religioase sau spirituale; probleme de aculturaţie; probleme legate de ciclurile vieţii.

După cum se poate uşor constata, multe teme se suprapun, ceea ce înseamnă că cercetătorii – psihopatologi, psihiatri, psihoterapeuţi etc. – remarcă faptul că omul trebuie privit în ansamblul existenţei sale socio-culturale (spirituale) şi nu detaşat de aceasta, prin diagnostic, internare şi tratament. Deschiderea generic antropologică a psihiatriei clinice se impune, inevitabil, din însăşi interiorul acesteia. Faptul are egală importanţă pentru nosologie (care implică în circumscrierea stărilor psihopatologice, şi factori etiopatogenetici), cât şi pentru diagnostic şi terapie.

În perspectiva nosologiei, am comentat ideea de „boală tipică" ce constituie un caz ideal de referinţă (aşa cum e conceput de diverse RCD), în raport cu realitatea plurimorfă. Şi apoi, perspectiva continuumului cazuistic ce poate exista între bolile tipice ideale în diverse planuri: cel al tulburărilor afective, cel al psihozelor endogene în ansamblu, cel dintre psihoze, tulburări de personalitate şi nevroze; aceeaşi problemă de continuum se ridică şi în cazul tulburărilor de personalitate, precum şi între tulburările reactive datorate stresorilor psihosociali de intensitate clinică şi cele sub-clinice, dar notabile (în direcţia unei intervenţii în criză sau a unei psihoterapii).

O altă problematică a tulburărilor maladive psihiatrice se ridică şi din perspectiva unei posibile comorbidităţi. Astfel, un pacient poate prezenta o tulburare delirantă persistentă, cu remisiuni parţiale; şi, în acelaşi timp, să manifeste intermitent episoade maniacale şi depresive. Se ridică problema coexistenţei a două boli şi a stabilirii diagnosticului principal. Se consideră că, dacă tulburarea delirantă precede episoadele afective şi persistă (parţial) după remiterea acestora, ea poate fi considerată tulburarea principală. Dacă tulburarea delirant paranoidă apare doar cu ocazia episoadelor afective, acestea fiind mai lungi şi mai bogate simptomatic decât delirul, diagnosticul principal ar fi cel de boală

bipolară. Situaţiile pot fi multiple: de ex., o tulburare obsesiv-compulsivă poate fi şi ea dublată de o tulburare depresiv recurentă sau de o ciclotimie.

Se mai ridică problema complexificării, în timp, a tabloului clinic, în sensul apariţiei unor stări psihopatologice secundare. Astfel, alcoolismul maladiv cu dependenţă poate apărea secundar unei tulburări anxioase sau depresive. Depresia poate apărea secundar, după evoluţia, mai mult timp a unei tulburări anxioase sau a alcoolismului. În cursul evoluţiei unei schizofrenii pot apărea episoade schizo-afective sau chiar afective pure. Un caz ce debutează sub forma unei psihoze scurte poate evolua, ulterior, ca un bipolar; în cursul evoluţiei unei tulburări bipolare pot apărea episoade schizo-afective etc.

Cele menţionate mai sus ridică problema diagnosticului de boală, care poate evolua în timp. Cu ocazia unui prim e.ps. se poate formula un diagnostic de probabilitate. După 2 ani, dar mai ales după 5 ani, se poate evalua dacă acest episod a fost unic sau s-a definit între timp o anumită boală, tipică, în sensul în care acesta a fost discutat la începutul capitolului; sau dacă, suntem în faţa unei comorbidităţi, a unei tulburări secundare, a unui caz intermediar atipic. Această problemă are importanţă pentru epidemiologie, în sens că incidenţa constatată, cu ocazia primului episod, poate să difere de prevalenţa bolilor psihice, aşa cum se structurează acestea în timp.

Problema diagnosticului de boală psihică – de „tulburare psihică şi comportamentală" a fost prezentat iniţial din perspectiva cazurilor tipice ideale. Dar, la fel ca în cazul sindroamelor, se constată că acestea sunt doar un cadru de referinţă, realitatea fiind mult mai plurimorfă. Toate temele comentate în acest paragraf indică eforturile psihiatrilor de a dubla nivelul referinţei simpliste faţă de entităţi abstracte, printr-o zonă diversificată a nosologiei, pe care cazuistica o impune. Aceste strădanii nu anulează însă punctul de plecare; şi deci, nici teza care e dezvoltată în întreg acest capitol, privitoare la problematica cazului psihiatric, în perspectiva ştiinţei medicale şi a logosului".

2.8. Problema tulburărilor de personalitate

2.8.1. Aspecte generale

Una din temele majore ale medicinei contemporane – inclusiv a celei psihiatrice – constă în înţelegerea patologiei, a apariţiei şi desfăşurării episoadelor

maladive şi a bolilor, în general, ca o relaţie între teren şi factori stresanţi. Uneori, rolul principal îl joacă factorii de teren, ca în cazul bolilor condiţionate genetic; alteori, rolul preponderent îl joacă noxele externe circumstanţiale: traumatismele craniene, encefalite, intoxicaţii sau reacţia la stres posttraumatic. În majoritatea cazurilor psihiatrice, cele două domenii se întreţes, cu diverse ponderi. În comentariul pe care l-am făcut asupra „terenului în psihiatrie" (paragraful 2.3.), s-a menţionat, pe lângă genetică, cumulul de noxe biologice, influenţe psiho-sociale biografice, sexual, vârsta, inteligenţa, instrucţia, statutul şi rolul social, reţeaua de suport social şi tipologia temperamental-caracterială. Dintotdeauna s-a acceptat că oamenii sunt diferiţi în ceea ce priveşte stilul lor comportamental, modalităţile trăirilor afective şi a relaţionărilor faţă de alţii şi faţă de sine. Iar această diferenţă a fost constant considerată ca putând fi grupată într-un număr finit de clase tipologico-caracteriale. În societăţile tradiţionale a fost invocată influenţa aştrilor la naştere, constituindu-se tipologiile de tip zodiacal. Hippocrate a invocat factori biologici, mai precis dezechilibrul dintre cele patru umori bazale (ceea ce a dus la tipologia: flegmatic, coleric, sangvinic, melancolic). În Franţa raţionalismului incipient s-au impus „moraliştii" care diferenţiau „caracterele" umane în raport cu conduite interpersonale şi etic-culturale particulare. La Bruyère, în „Caractere" (38), reproduce textele lui Teofrast, elevul lui Aristotel, care insistă asupra manifestărilor sociale ale persoanelor particulare sau excentrice şi dezvoltă acest punct de vedere în ambianţa socio-culturală în care trăia. Ulterior, fisiognomiştii, împreună cu Lavater (pe vremea lui Goethe), încercau corelaţii între aspectul şi expresivitatea capului (a feţei) şi caracterul moral. Iar în plin sec. XX, Kretschmer studia legătura între anumite tipuri de conformaţie corporală – picnic, leptosom, atletic – şi particularităţi temperamental-caracteriale normale sau patologice: ciclotim, schizoid, epileptoid (46). Treptat, în sec. XX s-a impus distincţia între „temperament" care constituie un aspect înnăscut al personalităţii şi „caracter", ce se formează în urma experienţelor de viaţă cu sens, pe care individul le trăieşte de-a lungul personogenezei. Dimensiunea temperamental-caracterială reprezintă un aspect important, nuclear chiar al personalităţii, fără a epuiza înţelesul acestui concept (47).

Psihopatologia, ce s-a dezvoltat în sec. XX, a remarcat corelaţii între anumite modalităţi excentrice de tipologie temperamental caracterială şi bolile psihice. De fapt, încă din sec. XIX, psihiatrii care au comentat „terenul" pe care apar tulburările psihiatrice – în perspectiva degenerescenţei – au sugerat că acestea se pot manifesta sub forma unor „constituţii" psihice particulare (idenficându-se chiar anumite „stigmate" ale persoanei pentru anumite boli).

În prima parte a sec. XX au fost descrise diverse modalităţi de „constituţii psihice anormale" ca, de ex., cea paranoidă, emotivă (Dupré), epileptoidă (Minkowska) etc. Caracteriologia generală, care a încercat să găsească dimensiuni ale psihismului uman, prin a căror variaţii să explice existenţa tipurilor caracteriologice, s-a întâlnit cu o caracteriologie ce-şi deriva parametrii (criteriile) din tulburările psihiatrice. Pe lângă dezvoltarea doctrinei „constituţiilor morbide", a existat şi un moment în care nosologia psihiatrică, pe cale de constituire, a acceptat – prin Kraepelin – existenţa unor personalităţi anormale (patologice), ca expresie a unei psihoze endogene nedezvoltate sau ca defect post psihotic. Ulterior, prin K. Schneider, (48) s-a propus ştergerea legăturilor posibile între „boala psihică"– care nu ar putea fi condiţionată decât organic – şi variaţiile existenţei psihismului uman (care, fiind creat de Dumnezeu, e incoruptibil şi nemuritor). Lucrarea lui K. Schneider cuprinde excelente descrieri tipologice de persoane anormale, psihopate. Conform concepţiei de bază, tipurile de personalitate psihopată, ale lui K. Schneider, nu erau denumite prin expresii care să sugereze vreo legătură cu o entitate nosologică psihiatrică. De exemplu, persoana de tip „histeric – histrionic" era denumită prin sintagma: cel-ce-doreşte-să-iasă în-evidenţă-valorizându-se (=geltungsuchtige), anxiosul evitant cu tendinţe fobice şi obsesive, deci cel ce, în prezent, e etichetat ca anankast, era denumit: nesigur de sine (selbstunsichere) ş.a.m.d.

Ulterior, în literatura anglo-saxonă a fost descris şi comentat cu insistenţă un tip de personalitate anormală (psihopată), caracterizată predominant prin încălcarea normelor sociale şi lipsa dimensiunii etice. Acesta se revendică de la „moral insanity", descris în sec. XIX, de către Pritchard, fiind etichetat ca persoană „sociopată", „anetopată". Un moment de vârf, pentru această direcţie de studiu, îl constituie cercetările lui Cleckley (49). În ultimele decenii s-a revenit asupra ideii că tulburările personalităţii se pot şi se cer corelate cu patologia psihiatrică de tip medical, reluându-se, mult mai nuanţat, punctul de vedere a lui Kraepelin. La aceasta a contribuit teoria vulnerabilitate/stres.[13] Personalitatea cu un caracter dizarmonic a ajuns să fie considerată ca o expresie a vulnerabilităţii într-o anumită direcţie, stopată sau încrustată în structura caracterială. Astfel, vulnerabilitatea spre schizofrenie s-ar putea exprima prin tulburare de personalitate – prin persoana dizarmonic psihopată – de tip schizoid; cea vulnerabilă pentru delir, în persoana paranoidă, cea vulnerabilă pentru obsesionalitate, în structura anankastă etc.

[13] Concepţia vulnerabilitate/stres a fost comentată în paragraful 2.3.

În manualul DSM-IV, tulburarea de personalitate, privită din perspectiva unui diagnostic clinic psihiatric, s-ar caracteriza prin:

A. O organizare (un „pattern") durabilă de comportamente şi trăiri (ale personalităţii) care deviază considerabil de la standardele socio-culturale ce caracterizează comportamentul persoanelor într-o comunitate dată şi se caracterizează prin două sau mai multe din următoarele:

- Deviaţii notabile în ceea ce priveşte perceperea şi interpretarea sinelui, ale altor persoanei şi ale evenimentelor (aspect cognitiv);
- Deviaţii notabile în ceea ce priveşte gama, intensitatea, labilitatea şi adecvarea răspunsurilor emoţionale (aspect afectiv);
- Deviaţii (insuficiente) în ceea ce priveşte controlul impulsurilor.

B. Respectiva organizare este durabilă, rigidă, inflexibilă în raport cu o gamă largă de situaţii personale şi sociale.

C. Comportamentul şi trăirile stau la baza unei perturbări semnificative (clinic) în domeniul social, profesional sau alte domenii importante de funcţionare.

D. Organizarea psihică respectivă a persoanei este stabilă şi de lungă durată, iar debutul se află în adolescenţă sau la începutul perioadei adulte.

E. El nu e explicabil ca o consecinţă a unei tulburări mintale definite (a unei boli diagnosticabile).

F. El nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unor substanţe ingerate sau a unei tulburări medicale generale

Ultimele criterii – E şi F – sunt de excludere. Criteriul D indică faptul că tulburarea e o consecinţă a ontogenezei şi este, prin sine, anevolutivă. Criteriul C pune accent pe aspectul dissocial ce rezultă din perturbarea structurii caracteriale, menţionată la A şi B.

Când este abordată problema tulburărilor de personalitate se face deseori distincţia – care de altfel e valabilă pentru orice teorie a personalităţii – dintre aspectul înnăscut-temperamental, cel caracterial derivat din educaţie şi experienţe de viaţă şi instanţa persoanei socio-valorice în care se pune cu acuitate problema conştiinţei morale. Această distincţie a căpătat din nou interes o dată cu dezvoltarea psihopatologiei developmentale şi cu cercetările moderne asupra personalităţii (50). Problema are importanţă, mai ales pentru perspectiva tipologică.

Caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate e dublată, în mod firesc, de o descriere tipologică. Aceasta este în mod tradiţional prezentată categorial – adică prin tipuri ideale – , dar cu o constantă şi inevitabilă tendinţă spre

o interpretare dimensională. Practic, instrumentele de identificare (interviurile şi scalele de evaluare), utilizate în acest domeniu, invocă continuu drept scop o configuraţie categorială, pornind de la elemente dimensionale. Astfel, un mai vechi interviu structurat (Pföhl şi colab., 1983 – SIPD) (51) se baza pe evaluarea următoarelor dimensiuni, pentru a ajunge la categoriile tulburărilor de personalitate, circumscrise în DSM-III: – A. Stima de sine scăzută/dependenţa; B. Relaţii interpersonale; C. Egocentricitatea; D. Lipsa emotivităţii; E. Hiperexpresiv/hiperreactiv; F. Idei de referinţă şi gândire magică; G. Ostilitate-mânie; H. Incapacitate de a se relaxa; I. Răspuns la critică; J. Percepţia ameninţării; K. Sinceritate/stabilitate; L. Căutarea atenţiei şi senzaţiilor (emoţiilor); M. Pasiv-Agresiv; N. Impulsivitate/asumarea riscului; auto-percepţia problemelor de personalitate.

Un alt chestionar pentru circumscrierea personalităţilor (patologice) celebru este cel al lui Tyrer şi Ferguson (2000) (52). El are următoarea structură: – Secţiunea A: neîncredere, senzitivitate (analizate mai detaliat în Secţiunea B): – Secţiunea C: izolare, excentricitate, analizată mai detaliat în Secţiunea D): – Secţiunea E: agresivitate, indiferenţa (analizabile în Secţiunea F); – Secţiunea G: impulsivitate, iresponsabilitate (detaliată în H): – Secţiunea K: puerilitate, labilitate (analizabile în Secţiunea I); – Secţiunea N: meticulozitate, rigiditate (analizabile în Secţiunea P); – Secţiunea G: anxietate, timiditate (analizabile în secţiunea R); – Secţiunea S: lipsa de resurse, vulnerabilitate (analizabile în Secţiunea V); – Secţiunea V: pesimism, optimism, hipocondrie, introspecţie, iritabilitate, dependenţă, autodevalorizare, credibilitate.

Aplicarea scalei permite plasarea cazului într-una dintre clasele ICD-10 sau într-un mixaj al acestora.

În perspectiva teoriei vulnerabilitate/stres, tipurile de persoane dizarmonice (psihopate) pot fi considerate ca avant-camera tulburărilor episodice şi a bolilor. Iar episoadele psihiatrice maladive, la rândul lor, pot modifica personalitatea într-o anumită direcţie clinică. Toate aceste aspecte fac ca diagnosticul de personalitate dizarmonic-psihopată să fie unul foarte dificil (53), (54). Menţionăm doar câteva corelaţii frecvente şi „fireşti", care vor fi mai uşor receptate, după descrierea tipurilor de tulburări psihopatologice: – schizoid-schizofrenie; paranoid-psihoze delirante persistente; anankast-tulburare obsesiv-compulsivă; depresiv-tulburare monopolar-depresivă; histrionic-patologie disociativă (histrionică); evitant-fobie socială. De altfel, într-un manual de diagnostic, cum este DSM-IV, o dată cu descrierea tipologică a tulburărilor de personalitate – ce sunt plasate pe axa II – sunt comentate şi cele mai frecvente corelaţii cu axa I.

În psihopatologia şi psihiatria modernă au fost reintroduse etichetările cu termeni psihiatrici pentru tulburările de personalitate. Ele au fost plasate în zona terenului predispozant-vulnerabil – ce poate fi etichetat pe axa II, în sistemul de diagnostic introdus de DSM-IV (55). Această orientare a reactivat alte două teme majore. Pe de o parte, între tulburările de personalitate – dizarmonic psihopate –, ce pot face obiectul unui diagnostic psihiatric, şi personalitatea înţeleasă în limitele firesti ale normalităţii, s-ar plasa într-o zonă intermediară, cea a „persoanelor particulare" sau „accentuate, (fapt comentat în psihopatologia germană de către Petrilowitsch şi Leonhard)(16), (17). Acestea nu prezintă în mod clar şi constant comportamente dissociale, dar diferă tipologic prin unele elemente care, în cazul în care devin mai pronunţate, ne plasează în situaţia de a pune un diagnostic de personalitate dizarmonic-psihopată. Ele pot juca un rol în predispoziţia pentru unele tipuri de reacţii anormale sau pentru coloratura patoplastică ce o pot avea unele tulburări maladive psihiatrice. Pe de altă parte, tulburările de personalitate – dizarmonic-psihopate – conduc, în mod nemijlocit, la un comportament dissocial, care variază, ca mod de manifestare, de la un tip la altul. Ceea ce e pregnant prezent la psihopatul sociopat, în sens de încălcare a normelor sociale şi morale, trăite egosinton, e posibil şi la alte tipuri de personalitate dizarmonică. Deşi acest aspect problematic e prezent deja în cartea lui K. Schneider, el a trecut în plan secund, o dată cu psihiatrizarea din ultimele decenii, a domeniului. Totuşi, în ultimii ani, caracteristica dissocial-amorală a tulburărilor de personalitate a stârnit din nou interesul cercetătorilor, cu tendinţa de a eticheta drept „psihopată" personalitatea dizarmonică de orice tip, în care acest comportament e prezent (56). Vom putea discerne astfel, următoarele nivele:

A	B	C	D
personalitate normală cu tipologie variabilă în direcţia tulburărilor de personalitate psihiatrică	persoană cu trăsături particulare accentuate, cu orientare spre anumite domenii de patologie (de tip „nevrotic" sau „psihotic endogen")	tulburări de personalitate (personalităţi dizarmonice) care, de asemenea, pot avea o vulnerabilitate episodică crescută pentru anumite tipuri de episoade psiho-patologice sau boli psihice	psihopatia care constă din personalităţi dizarmonice la care întâlnim o încălcare a normelor sociale şi anetopatie însoţită de egosintonie. Cazul tipic este cel al sociopatului, dar psihopatia se extinde şi la alte tipuri

Aspectul B permite o descriere tipologică; la nivelul C, putem pune un diagnostic psihiatric; iar situaţia D ne orientează spre o problematică socio-juridico-antropologică ce transgresează nivelul C.

Variantele menţionate anterior le putem prezenta într-o formă mai nuanţată (fig. XIV).

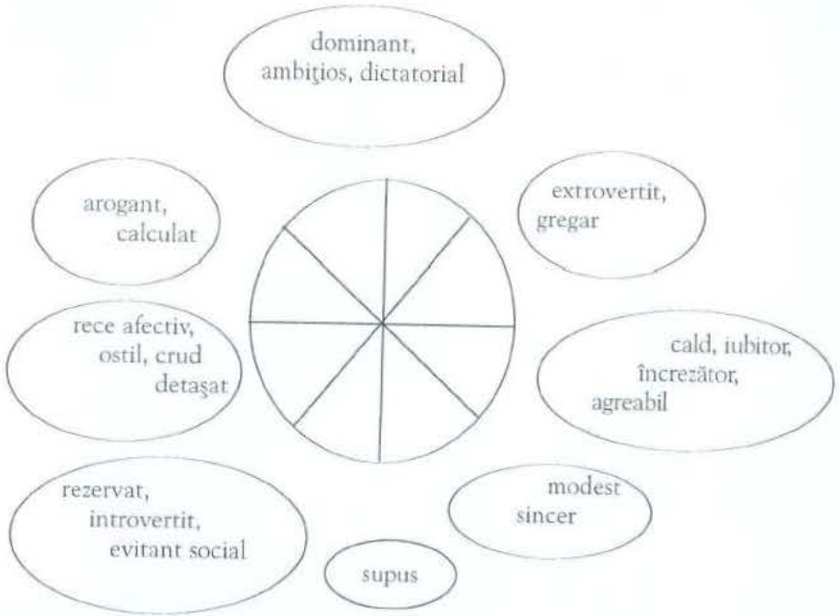


Figura XIV. Complexul clasic al trăsăturilor de personalitate

2.8.2. Tipologia persoanelor dizarmonice

La fel ca în cazul sindroamelor psihopatologice (s.p.), trăsăturile ce caracterizează un tip de persoană dizarmonică (p.dis.) pot fi sintetizate printr-o denumire, printr-un grupaj restrâns de caracteristici, precum şi prin trăsături adiacente, congruente cu primele, pe care le dezvoltă şi le diferenţiază. De asemenea, şi cu privire la p.dis., putem vorbi de cazuri tipice ideale (cazuri „standard", „model", „şcoală") şi de cazuri mai mult sau mai puţin mixtate, intermediare şi atipice (57). Sistematica p.dis., presupune anumite „trăsături de personalitate" care, prin variaţia lor, în plus sau minus, pot conduce la circumscrierea tipică sau atipică a acestora. Astfel de „trăsături" stau la baza diverselor modele teoretice

ce intenţionează să polarizeze (să „prindă") tipurile de p.dis într-o sistematică aşa cum s-a discutat anterior (51) (52). Constructele teoretice se află într-o continuă confruntare – fluenţă şi remodelare – cu datele empirice.

Vom prezenta, în continuare, principalele categorii – tipuri ideale – de p.dis., acceptate în clasificările cu răsunet internaţional, mai precis ICD-10 şi DSM-IV.

1. Tulburarea de personalitate (t. pers.) paranoidă se caracterizează prin: – neîncredere şi suspiciozitate continuă faţă de alţii, astfel încât intenţiile acestora sunt constant interpretate ca răuvoitoare, fără o bază obiectivă; individul are impresia că: alţii îl exploatează, îl prejudiciază, îl înşeală; – nu îi sunt loiali şi nu sunt corecţi în raport cu sine; – tind să utilizeze informaţiile, ce i se oferă, într-un sens neadecvat, ca fiind îndreptate împotriva sa; – interpretează evenimentele neutre, sau chiar benigne, ca fiind încărcate de intenţii ameninţătoare sau degradante la adresa sa; – este foarte sensibil la insulte, ofense, injurii; – interpretează, fără o bază justificatoare, că alţii atentează la reputaţia sa şi că îl atacă; – are suspiciuni nejustificate privitoare la fidelitatea soţiei (soţului) sau partenerului de viaţă.

2. Tulburare de personalitate schizoidă – se caracterizează prin: – detaşare în relaţiile sociale şi o gamă restrânsă de exprimare a emoţiilor în relaţii interpersonale prezente în variate contexte; nici nu doreşte, nici nu se bucură de relaţii strânse, inclusiv de faptul de a fi membru al unei familii; – alege preponderent activităţi solitare; – are un interes redus pentru experienţe sexuale cu o altă persoană; – preferă solitudinea în sensul că nu cultivă prietenia, amiciţia, relaţiile de confidenţă (în afara rudelor de gradul I); – este indiferent atât faţă de criticile, cât şi faţă de laudele altora; – prezintă răceală emoţională, detaşare sau afectivitate plată (rece, tocită).

Notă: Problema categoriei „schizotipalului". Acest tip a fost elaborat şi susţinut de psihiatria americană, fiind prezentat în DSM-IV. El circumscrie cazuri ce au unele trăsături ale tipului paranoid şi schizoid (– suspiciozitate; – lipsa de amici sau confidenţi apropiaţi; – anxietate socială excesivă); la acestea se adaugă trăsături care se articulează cu unele simptome prezente în schizofrenie, mai ales în perspectiva dezorganizantă a acesteia, şi anume: – comportament sau aspect bizar, excentric, particular; – afect inadecvat; – gândire şi limbaj bizar (vag, circumstanţial, metaforic, supraelaborat, stereotip); – experienţe perceptive insolite, incluzând iluzii corporale; – gândire magică sau credinţe stranii (credinţa în clarviziune, telepatie, al „şaselea simţ" etc.). În mod evident, caracteristicile stipulate pentru această categorie în DSM-IV trimit spre schizofrenie. Dar, se precizează că nu e vorba de episoade psihopatologice ce apar la un moment

dat, având o anumită durată sau de o succesiune de e.ps. aşa cum se petrece în cazul bolii schizofrene. Ar fi vorba de o zonă intermediară între tulburarea de personalitate – care, prin ea însăşi, se manifestă constant şi identic de-a lungul vieţii – şi boala schizofrenă ce se manifestă prin episoade maladive, urmate, sau nu, de un anumit defect.

3. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (anankastă) se caracterizează printr-o preocupare excesivă pentru ordine, perfecţionism şi hipercontrol mintal şi interpersonal, în detrimentul spontaneităţii şi flexibilităţii. Subiectul este, în mod constant, preocupat de: – ordine, organizare, proiecte, planuri, de obicei pierzându-se în detalii, astfel încât obiectivul major al activităţii se diluează; este perfecţionist, fapt ce-l împiedică deseori să finalizeze proiectele, procedând la repetate verificări în final; – de asemenea, este devotat excesiv muncii şi productivităţii, mergând până la excluderea activităţilor recreative şi a satisfacţiilor pe care le produce cultivarea amiciţiei, a convieţuirii interpersonale calme şi calde afectiv; – este hiperconştiincios, scrupulos şi inflexibil în programul de acţiune; nu poate să se debaraseze de obiectele uzate sau inutile pe care le păstrează, „pentru orice eventualitate"; – este incapabil să delege sarcini sau să lucreze cu alţii, în afară de cazul când stilul de comportament al acestora se suprapune exact modului său ritualic de a face lucrurile; este avar, adunând bani pentru eventuale catastrofe; deseori este fascinat de colecţionarism; – manifestă rigiditate şi obstinaţie, nefiind deschis dialogului; – păstrează în permanenţă o „distanţă interpersonală" importantă faţă de alţii, prin politeţe şi identificarea cu rolurile sociale, neacceptând ca altul să se apropie sufleteşte de el (prezintă o constantă răceală şi indiferenţă afectivă); – deseori, obligă pe cei din jur să se conformeze ritualurilor sale existenţiale.

Notă: Tipul caracterizat mai sus se suprapune în cea mai mare măsură „anankastului", descris în psihopatologia clasică germană. Acesta s-ar caracteriza, în plus (după Petrilowitsch), prin formalism, politeţe excesivă, răceală şi distanţă afectiv-interpersonală, lipsă de umor şi imaginaţie. În literatura psihopatologică franceză a fost comentată problema psihopatologică a „psihasteniei", decantându-se progresiv şi o tipologie caracterială specifică care – la fel ca cea a anankastului german – poate sta în spatele episoadelor şi a bolii obsesiv-compulsive (psihopatologul german Petrilowitsch a asimilat acest tip ca o variantă corelată anankastului, opusă la extreme, dar cu situaţii în care coexistă elemente din ambele sau, în care o variantă exprimă supracompensarea sau decompensarea celeilalte). Persoana psihastenă se caracterizează prin: – nesiguranţă interioară, dificultăţi în decizie, ambivalenţă, ambitendenţă; – tendinţă la dezordine, cu un continuu efort spre ordine, aceasta fiind atinsă doar circumstanţial, astfel încât

străduania sisifică spre ordonare devine o constantă; – faptul de a începe concomitent mai multe programe de acţiune, pe care subiectul le desfăşoară în paralel, trecând de la una la alta şi ajungând foarte greu să finalizeze un lucru început (=fobia de final); – tendinţa spre colecţionarism, spre faptul de a avea, a poseda, a pune la adăpost avutul; – dependenţă interpersonală crescută, subiectul acceptând să fie dominat şi dirijat, dar neurmând până la capăt coordonatele acestei conduceri (la fel ca în formula copilului pasiv-agresiv); – psihastenul este mai afectiv decât anankastul, dar este mult mai inconstant şi ambivalent decât acesta.

4. Tulburarea de personalitate depresivă. Aceasta nu apare în tipologia din DSM-IV şi ICD-10. Totuşi, tipul depresiv a fost descris încă de la începutul secolului XX de către K. Schneider; iar sistemul DSM, în tendinţa sa de perfecţionare progresivă, tinde să-l accepte. Cercetările şi structura psihopatologică au la dispoziţie celebrele studii ale lui Tellenbach, privitoare la „tipus melancolicus", personalitate aparte – particulară, patologică – care ar sta în spatele tulburării monopolar depresive. Acesta s-ar caracteriza, în primul rând, printr-un accentuat ataşament faţă de ordine şi muncă, fapt ce-l apropie de anankast. Dar, spre deosebire de acesta, se caracterizează nu prin formalism şi răceală sau distanţă afectivă politicoasă, ci prin ataşament intim, profund, faţă de un număr limitat de persoane. El prezintă o capacitate crescută de rezonare afectivă, dar restrânsă la câteva persoane de încredere, în raport cu care intimanţa e maximă. Preferă retragerea socială – ceea ce anankastul nu realizează, dat fiind ataşamentul său faţă de statute, roluri şi norme sociale. Dar, în cadrul acestei retrageri, depresivul nu e anafectiv şi bizar ca schizoidul, ci profund ataşat de alţii, cu un sentiment de responsabilitate centrat pe relaţiile sale interpersonale şi nu pe idei abstracte, ca în cazul anankastului.

5. Tulburarea de personalitate dependentă. Se caracterizează printr-o necesitate excesivă şi continuă de a fi supervizat, fapt ce conduce la un comportament submisiv şi adeziv şi la o frică de separare. Subiectul are dificultăţi în a lua decizii obişnuite, de a iniţia proiecte sau a face ceva singur, fără sfatul şi sprijinul altora. Resimte nevoia ca alţii să-şi asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vieţii lui, să ia decizii în locul său; îi este greu să contrazică pe alţii, acceptă părerile şi convingerile celorlalţi, din cauza fricii de a nu pierde suportul sau aprobarea; se simte lipsit de ajutor dacă rămâne singur, fiindu-i frică că nu va fi în stare să aibă grijă de sine; de aceea, e capabil să facă chiar lucruri neplăcute, pentru a nu fi părăsit de alţii; şi dacă este, caută urgent o altă relaţie protectivă.

6. Tulburarea de personalitate evitantă. Subiectul evită situaţiile noi, mai ales cele care implică relaţii cu alte persoane (necunoscute), din cauza fricii de a nu fi criticat, dezaprobat, rejectat, ridiculizat; nu se asociază cu alţii decât dacă e sigur că va fi apreciat de aceştia; de aceea, e inhibat în relaţiile interpersonale noi; se consideră pe sine inapt social, inatractiv, inferior altora; ezită mult în a-şi asuma riscuri personale sau de a se angaja în situaţii noi, de frica eşecului; simte nevoia de protecţie şi de a se ataşa puternic de persoanele care-l acceptă şi îi creează un sentiment de siguranţă.

7. Tulburarea de personalitate instabil-emotivă („borderline"). Se caracterizează printr-o marcată instabilitate în relaţiile interpersonale, în condiţiile unei implicări afective puternice cu ceilalţi, cu importante oscilaţii dispoziţionale; – prezintă o importantă nesiguranţă în ceea ce priveşte imaginea de sine şi o pronunţată lipsă de autocontrol pulsional. Subiectul trece rapid (uneori, în cursul a câtorva ore) de la disforie la anxietate, depresie, iritabilitate, euforie. Atitudinile interpersonale sunt intense dar instabile, cu treceri de la idealizarea celuilalt, căruia i se supune submisiv, la devalorizarea acestuia, cu atitudine domi-natoare, jignitoare sau de respingere; e frecventă şi tendinţa de manipulare a celuilalt. Deşi oscilant în atitudine, nu suportă abandonul (real sau imaginar), uneori şantajând afectiv partenerul, prin comportamente parasuicidare. Prezintă dificultăţi în controlul pulsiunilor, mai ales a celor afective, recurgând uşor la comportamente auto- sau heteroagresive. Impulsivitatea se poate manifesta în diverse direcţii, precum ar fi: cheltuirea de bani, comportament sexual, abuz de substanţe, mâncat excesiv, condus imprudent. Imaginea de sine este instabilă, cu o nesiguranţă în ceea ce priveşte propria identitate (uneori şi în perspectivă sexuală); e posibil să apară un sentiment de gol sau vid interior.

Notă: În ICD-10, acest tip de personalitate – care în DSM-IV e denumită „marginală" („borderline") – e subdivizat în două variante: una, în care predomină instabilitatea afectivă-relaţională şi nesiguranţa identităţii, şi alta, în care predomină explozivitatea în relaţiile interpersonale.

8. Tulburarea de personalitate histrionică. Subiectul caută în permanenţă să atragă atenţia celorlalţi asupra sa printr-un comportament hiperexpresiv. E incomodat de faptul de a nu fi în centrul atenţiei; prezintă frecvent un comportament provocator inadecvat, inclusiv în direcţia sexuală; încearcă constant să fie captativ atât prin aspectul fizic (îmbrăcăminte, coafură), cât şi prin comportamentul mimico-gestual (teatral), prin vorbirea colorată (susţinută de un imaginar bogat), prin autodramatizare, teatralism şi o exprimare mimico-gestuală

exagerată a emoţiilor; trăirile afective sunt superficiale, mai mult jucate, fără o rezonanţă afectivă profundă; este egoist, egofil, incapabil de relaţii intime autentice; e uşor sugestionabil; dar, la rândul său, manipulează pe alţii, pentru a obţine propriile obiective. În perspectiva psihopatică, poate fi dominator, cu comportamente de tip escrocherie, şantaj, intrigă, manipulare etc.

Notă: În DSM-IV este descrisă şi o personalitate narcisistă. Aceasta are o bună părere despre sine, un sentiment crescut de auto-importanţă; se crede „aparte" şi unic, îşi exagerează realizările şi talentele, aşteaptă să fie remarcat ca superior, fără realizări corespunzătoare; e preocupat de fantezii, de succes nelimitat, de putere, frumuseţe sau amor ideal; pretinde o admiraţie excesivă. Astfel de trăiri se pot întâlni şi la histrionic, la care predomină comportamentul hiperexpresiv-teatral.

9. Tulburarea de personalitate hipomaniacală (Tipus manicus a lui von Zerssen). Aceasta nu figurează în actualele clasificări deşi era prezentă – la fel ca tipul depresiv – în sistematica lui K. Schneider, sub denumirea de „expansiv". În descrierea lui von Zerssen, este un tip sinton, care realizează uşor relaţii interpersonale, cu o tonalitate afectivă pozitivă, activ şi întreprinzător, dar nu şi perseverent (motiv pentru care randamentul social nu e crescut); relaţiile interpersonale, la fel ca ansamblul trăirilor, sunt superficiale; preferă distracţiile, jocul, petrecerile; e încrezător în viitor, dar nu-şi realizează proiectele; e o persoană pe care nu te poţi baza, datorită superficialităţii şi egoismului său (descrierile se apropie de cele ale tipului sinton-ciclotim, al lui Kretschmer, corelat tipului somatic picnic).

10. Tulburarea de personalitate antisocială. Se caracterizează prin faptul că individul desconsideră şi violează drepturile altora, încalcă normele juridice şi morale, fără remuşcări. Tulburarea poate apărea din copilărie şi este evidentă la 15 ani. Subiectul nu se conformează normelor sociale, încalcă legile, ajungând frecvent la arest. Este incorect, în relaţiile cu alţii minte repetat, manipulează alte persoane, pentru profit sau plăcere personală. Este iritabil şi agresiv, uneori trăieşte o plăcere atunci când chinuie sau face rău altora. Nu e generos, nu are remuşcări, poate ucide cu sânge; nu învaţă din experienţă. Poate dezvolta perversiuni sexuale, alcoolism, toxicomanie. În funcţie de gradul de inteligenţă, complexitatea actelor nocive social poate fi variată.

În DSM-IV, aceste tipuri sunt grupate în 3 „clustere", şi anume: A=paranoidul, schizoidul, schizotipalul; B=antisocialul, borderline (instabilul emotiv), histrionicul, narcisistul; C=evitantul, anankastul (obsesiv-compulsivul), dependentul, depresivul.

2.8.3. Problema sistematizării tulburărilor de personalitate şi problema psihopatiei

Sistematizarea tulburărilor de personalitate, în funcţie de similitudinile sau eventuala orientare înspre un domeniu de patologie psihiatrică, nu este suficientă. E nevoie şi de o bază psihologică a variantelor temperamental-caracteriologice. Au fost invocaţi, la un moment dat, trei factori importanţi, pentru ca, apoi, să facă o importantă carieră teoria taxonomică a celor „cinci mari trăsături" (ale persoanei). De asemenea, au fost imaginate şi variante psihologice ale personalităţii în care principalii factori (ce se perturbă în patologie) sunt aşezaţi în opoziţie, pe un cerc similar unui ceas. Ne vom opri puţin asupra acestui ultim model „circumplex" (58), mult susţinut de Widinger şi Wiggins. În varianta psihologiei normale, trăsăturile de personalitate (şi adjectivele ce le caracterizează) sunt plasate ca în fig. XIV.

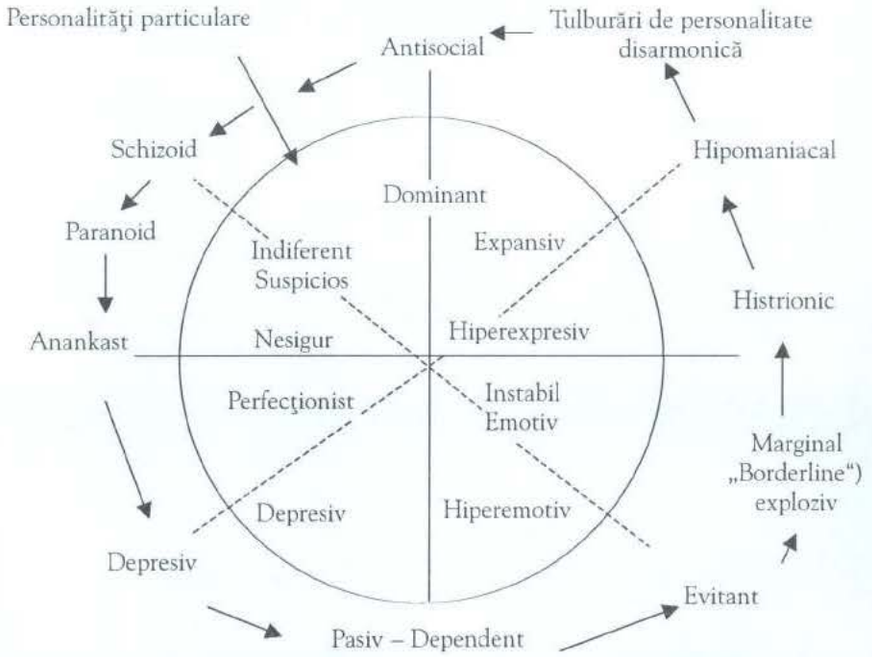


Figura XV. Plasare pe un circumplex a personalităţilor particulare şi dizarmonice

O astfel de plasare a trăsăturilor de personalitate sugerează şi o plasare pe o figură circumplexă a persoanelor patologice, cu precizarea că rigiditatea schemei nu permite decât poziţionări orientative. Personal, am opta pentru o aşezare de tipul celei din fig. XV, – puţin diferită de cea sugerată prin modelul menţionat mai sus şi care încearcă să cuprindă, în plus, şi personalităţile particulare.

În cazul personalităţii antisociale apare evident şi pe prim plan comportamentul dissocial. Acesta este prezent sub diverse forme şi în diverse grade în toate personalităţile dizarmonice. Histrionicul poate fi manipulativ, poate juca roluri sociale prin care escrochează pe alţii; instabilul emotiv este frecvent hetero-agresiv şi introduce tensiune şi nesiguranţă în grupul social propriu; dependentul poate fi manipulat negativ de alţii şi ajunge cu uşurinţă la toxicomanie, alcoolism, prostituţie; anankastul poate implica pe alţii în existenţa sa ritualizată, la o manieră tiranică; schizoidul este un om detaşat, ce nu poate fi inclus în programe comunitare, iar paranoidul ajunge deseori la conflicte şi procese interminabile cu alţii, presupuşii săi duşmani. Aşa cum s-a menţionat deja, există tendinţa ca personalităţile dizarmonice, care încalcă frecvent şi evident normele sociale, să fie etichetate ca psihopate (56). Persoana antisocială este prototipul psihopatului (deşi există şi varianta-tip mai complexă, a lui Cleckley (49)). Dar şi alte personalităţi dizarmonice pot avea importante trăsături psihopate. Totuşi, se pare că acestea se agregă predominant în clusterul B (din DSM-IV). Am putea figura această articulare predominantă a tulburărilor de personalitate cu comportamentul psihopatic, reluând modelul circumplex, cu unele mutaţii în raport cu precedentul (fig. XVI).

„Psihopatia" se caracterizează prin egocentrism, ignorarea perspectivei celuilalt şi a societăţii, deficienţe şi încălcări ale normelor sociale, perturbări cu consecinţe negative în relaţiile interpersonale, cu încălcarea drepturilor, bunurilor şi demnităţii celuilalt, mergând până la lezare, chinuire, crimă; psihopatul e lipsit nu doar de responsabilitate, respect pentru altul, generozitate, milă, ruşine, ci e lipsit de remuşcare, fiind egosinton, uneori sadic. Lui îi lipseşte capacitatea de relaţionare etică cu „celălalt"[14]. Aceste probleme vor fi reluate în ultimul capitol.

[14] A se vedea finalul paragrafului 5.3.

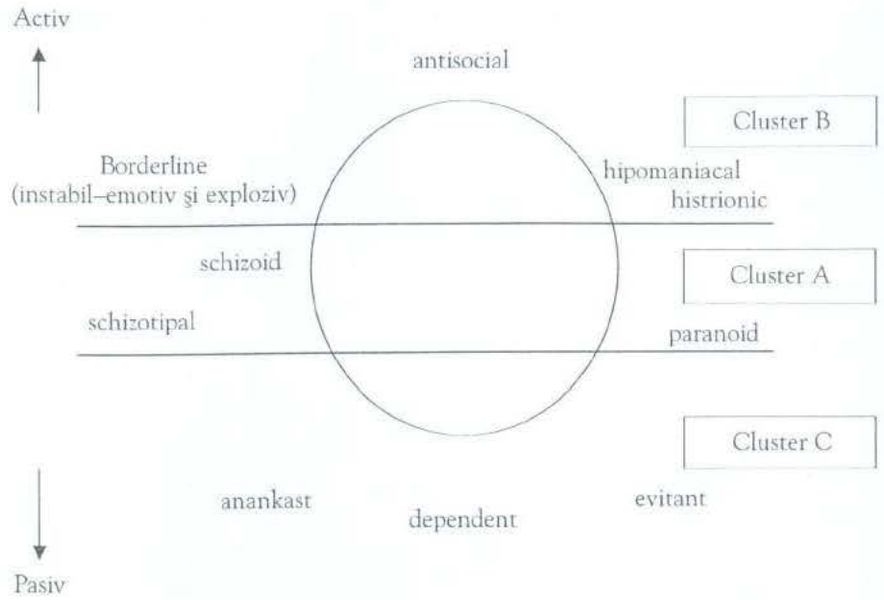


Figura XVI. Plasarea tulburărilor de personalitate pe un circumplex, în funcţie de „clusterele" din DSM-IV în corelaţie cu problema psihopatiei

2.9. Defectul psihic

După un e.ps., pacientul îşi poate reveni complet, fără a mai persista nici un simptom din respectivul tablou clinic şi nici un element de psihopatologie, în general. Chiar şi în absenţa simptomelor clinice reziduale, sensibilitatea, „vulnerabilitatea" pentru noi episoade poate creşte, fără ca ea să fie indicată prin nici un aspect al vieţii cotidiene. În alte cazuri însă, astfel de simptome persistă pentru o îndelungată perioadă de timp (luni şi ani) caz în care se vorbeşte de un defect psihopatologic consecutiv unui e.ps. Tulburarea psihiatrică în care această eventualitate a fost considerată cea mai frecventă (dacă nu chiar ca fiind o regulă) a fost schizofrenia. Modelul evolutiv al acestei boli stipula că, după unul sau mai multe e.ps., apare un defect care apoi se accentuează după noi episoade. Sistematizarea cea mai complexă a tipurilor acestor defecte a făcut-o Huber (59).

Multitudinea de eventualităţi pe care le-a descris au fost, în cele din urmă, grupate în 3 mari clase: a) Defect caracteristic, caz în care persistă simptome specifice fazei acute ca, halucinaţii, fenomene de transparenţă-influenţă, tulburarea de gândire şi vorbire etc., dar la o intensitate mai redusă decât în faza acută; b) Defectul structural, în care nu se identifică simptome pozitive, dar apare o modificare de ansamblu a personalităţii ce prezintă caracteristici schizoide (sau „schizotipale"), multe dintre acestea fiind din seria schizo-negativă: retragere socială, indiferenţă emotiv-afectivă tranzitivă, abulie, lipsa de spontaneitate, interese, curiozităţi în ceea ce priveşte viaţa zilnică, preocupări pentru abstracţii, bizarerii în exprimare şi comportament; c) Defectul energetic, în care persistă doar o intensă anergie (astenie) în perspectiva acţiunii şi a proceselor intelectuale, însoţită uneori de cenestopatii.

Defectul clinic psihopatologic a fost identificat şi în alte tulburări psihice, cum ar fi: depresia monopolară, psihoza paranoidă, tulburările anxioase. Multe dintre aspectele acestor defecte se referă la un mod constant de a fi al persoanei, apărând ca o modificare a personalităţii, consecutivă e.ps., deci ca un „defect structural". Ideea că doar schizofrenia evoluează „procesual", cu tendinţă la defect, nu mai e de actualitate. De aceea se recomandă un tratament medicamentos de întreţinere prelungit, precum şi programe de reabilitare psiho-socială în tulburările delirante, afective, în cele anxioase, însoţit de obicei de psihoterapie şi de terapii medicamentoase. Această generalizare a ideii defectului clinic, vizând modificarea personalităţii, a reactivat discuţiile privitoare la relaţia dintre axa I şi II a diagnosticului. O persoană poate prezenta de la început o tulburare de personalitate schizoidă; iar după un e.ps. schizofren, respectivele trăsături de personalitate se pot accentua. La fel, un e.ps. depresiv poate apărea la cineva care prezintă, de mult timp, trăsături de personalitate depresive, caz în care s-a vorbit de o „dublă depresie"; iar după episod, respectivele trăsături se pot accentua. Situaţia poate fi similară în cazul tulburărilor anxioase etc. Starea de dinaintea e.ps. poate fi considerată ca exprimând o latenţă patologică, o manifestare parţială a vulnerabilităţii în direcţia bolii, cantonată temporar la nivelul structurii persoanei.

Defectul clinic (psihopatologic) nu e însă unica formă a deficienţei ce se poate manifesta în urma unui e.ps. sau pe parcursul unei tulburări (boli) psihice. De multă vreme a fost adus în discuţie, evidenţiat şi studiat aşa-zisul defect social. Ca şi în cazul celui clinic, acesta a fost abordat, în primul rând, privitor în schizofrenie. Putem întâlni următoarele eventualităţi, după unul sau mai multe e.ps. schizofrene: – remisiune fără nici un defect social; – cu deficienţe în

exercitarea unuia sau câtorva din rolurile sociale (de ex. cel profesional, parental etc.); – cu deficienţă în exercitarea tuturor rolurilor sociale, dar cu posibilitatea existenţei în familie; – cu necesitatea unor internări prelungite. Deficienţele în funcţionarea socială în cursul unui e.ps. sau după trecerea sa în perioada defectivă se pot combina cu prezenţa simptomelor psihopatologice. DSM-IV a elaborat o scală de evaluare a funcţionalităţii care ţine cont de ambele aspecte şi care e aplicabilă pentru evaluarea axei IV.

Scala globală de evaluare a funcţionalităţii (GAF)

Introduceţi numărul (între 1-90) care reprezintă cel mai bine pacientul
Nivelul curent de funcţionare: _____
Definiţia nivelelor de funcţionare

90-81	Simptome absente sau minime; funcţionare bună în toate ariile, interesat şi implicat într-o gamă largă de activităţi, eficient social, în general mulţumit de viaţă, numai probleme sau îngrijorări cotidiene
80-71	Dacă simptomele sunt prezente, ele sunt tranzitorii sau reacţii de aşteptat (normale) la stresorii psiho-sociali; doar uşoare deficienţe în funcţionarea socială, ocupaţională sau şcolară
70-61	Unele simptome uşoare, sau unele dificultăţi în funcţionarea socială, ocupaţională sau şcolară, dar, în general, funcţionează destul de bine, are unele relaţii interpersonale semnificative
60-51	Simptome moderate sau orice dificultăţi moderate în funcţionarea socială, ocupaţională sau şcolară
50-41	Simptome serioase sau orice deficienţe serioase în funcţionarea socială, ocupaţională sau şcolară
40-31	Unele deficienţe în testarea realităţii sau în comunicare, sau deficienţe majore în arii diverse, cum ar fi: munca sau şcoala, relaţiile familiale, gândire, judecată sau dispoziţie
30-21	Comportamentul se consideră a fi influenţat de deliruri sau halucinaţii sau există deficienţe serioase în comunicare sau judecată, sau incapacitate de funcţionare în aproape toate ariile
20-11	Un oarecare pericol de a-şi face rău singur, sau altora, sau ocazional, nu reuşeşte să menţină o igienă personală minimă, sau deficienţe majore în comunicare
10-1	Pericol persistent de a se răni singur sau de a face rău altora, sau incapacitate persistentă în menţinerea igienei personale minime, sau acte suicidare serioase, cu o expectanţă clară a decesului

Studiile cazuistice au constatat că în multe cazuri nu există un paralelism strict între defectul clinic şi cel social, în sensul că, un caz ce prezintă un defect cu simptome reziduale, deci cu un deficit psihopatologic prezent şi identificabil, poate avea o funcţionare socială bună şi invers. De aceea, tendinţa actuală este de a evalua separat simptomatologia psihopatologică şi funcţionarea socială. Acest fapt apare evident în principiile diagnosticului ICD-10 pe axe (60). Prima axă cuprinde toate diagnosticele, cea de a doua se referă la funcţionarea socială, şi cea de a treia, la factorii contextuali de vulnerabilizare şi precipitare a tulburării.

Abordată mai detaliat, axa II din ICD-10, cea care interesează tema dezbătută în acest paragraf, se referă la următoarele:

– *Îngrijiri personale.* Acestea trebuie privite ca şi activităţi ghidate de norme şi convenţii sociale. Ea se referă la igiena personală, îmbrăcare, alimentare etc., activităţi la realizarea cărora pacientul trebuie să participe. Deci vor fi luate în considerare: (i) activităţile pacientului ce contribuie la menţinerea igienei şi sănătăţii; (ii) Obiceiurile alimentare (mese regulate, îngrăşare sau slăbire); (iii) Menţinerea spaţiului de locuit în ordine şi igienă.

– *Ocupaţia.* Acest domeniu se referă la funcţionarea în activităţi remunerate, la studiu, activităţi casnice, echivalente cu munca standardizată. Se au în vedere: (i) conformarea pacientului cu disciplina muncii; (ii) Calitatea performanţei în muncă; (iii) Motivaţia de a se menţine într-un rol ocupaţional.

– *Familia şi activităţile dintr-o gospodărie.* Domeniul se referă la participarea la viaţa familială (rol marital, rol parental) şi la activităţile gospodăreşti (menajul, a lua masa împreună). Se cere a se ţine cont de specificul cultural. Privitor la rolul marital, se iau în considerare: (i) comunicarea cu soţul; (ii) Abilitatea pacientului de a-şi manifesta afectivitatea; (iii) Măsura în care pacientul este resimţit de către partener ca o sursă de suport. Privitor la rolul parental, se iau în considerare: (i) capacitatea pacientului de a asigura sănătatea şi securitatea copiilor; (ii) măsura în care prezintă afecţiune faţă de copii şi se interesează de starea lor de bine şi de viitorul lor; (iii) eventuale abuzuri sau acţiuni adverse în raport cu copiii. Privitor la activităţile în gospodărie, se au în vedere: (i) modalitatea în care pacientul participă la menţinerea familiei ca un grup social viabil; (ii) maniera în care pacientul îşi îndeplineşte rolurile în familie.

– *Funcţionarea în contexte sociale apropiate.* Acest domeniu se referă la performanţele pacientului în relaţie cu membrii comunităţii, la participarea sa la activităţi de relaxare şi distracţie sau la alte activităţi sociale. Oricum, se are în vedere raportarea sa la persoane din afara familiei. Se iau în considerare:

(i) modalitatea în care pacientul răspunde la întrebările, problemele, solicitările altora; (ii) modul său de coexistenţă cu alţii, la nivel „impersonal" (în magazine, autobuze, la conferinţe etc.); (iii) comportamentul faţă de persoane care îi displac; (iv) calitatea şi continuitatea contactelor cu prietenii; (v) angajarea pacientului în activităţi de destindere şi recreere în afara casei.

Evaluarea se face pentru fiecare domeniu şi global, prin note de la 0 la 5, în sensul că: 0=nici o disabilitate de-a lungul timpului, pacientul funcţionează conform normelor grupului său de referinţă, în contextul socio-cultural dat. 5=devierea de la normă este foarte gravă în toate domeniile, atingând un punct critic, pacientul este grav disabilitat tot timpul.

OMS-ul a avut şi are preocupări constante în ceea ce priveşte deficienţa de funcţionare (şi integrare) socială a foştilor bolnavi, în general, şi a celor psihici, în special. Privitor la psihiatrie, încă din 1988 a fost publicat WHO DAS (61), care avea în vedere 4 mari domenii şi o evaluare globală. În fiecare domeniu se au în vedere mai mulţi itemi, care sunt evaluaţi cu 6 grade de gravitate:

1. Comportament general. 1.1. Comportamentul de autoîngrijire a pacientului în ultima lună; 1.2. Reducerea activităţii (în ultima lună); 1.3. Lentoare; 1.4. Retragere socială.

2. Performanţa în roluri sociale: 2.1. participarea la activităţile gospodăreşti; 2.2. Rolul marital: relaţiile afective cu soţul (în ultima lună); 2.3. Rolul marital: relaţiile sexuale cu soţul; 2.4. Rolul parental: interesul faţă de copii şi îngrijirea lor; 2.5. Rolul sexual: relaţiile cu alte persoane decât partenerul marital; 2.6. Contactele sociale: fricţiuni în relaţiile interpersonale, altele decât cele maritale; 2.7. Rolul ocupaţional: performanţa în muncă în ultima lună (inclusiv activitatea studenţilor); 2.8. Rolul ocupaţional: interesul în a găsi o slujbă sau în a reveni la serviciu sau studii; 2.9. Interesele şi informaţiile în ultima lună; 2.10. Comportamentul pacientului în situaţii de urgenţă sau extraordinare, ce s-au petrecut în ultimele 6 luni.

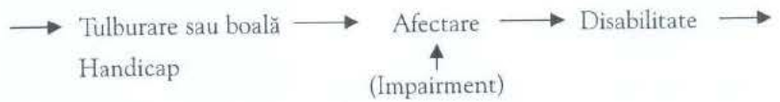
3. Pacientul în spital: 3.1. Comportamentul în secţie; 3.2. Opinia infirmierilor; 3.3. Ocupaţiile pacienţilor; 3.4. Contactul cu lumea din afară.

4. Factori modificatori: 4.1. Achiziţii specifice (în ultimele 6 luni); 4.2. Responsabilităţi specifice; 4.3. Atmosfera psihică din cămin (familie); 4.4. Suport exterior.

5. Evaluare globală. După cum se poate constata, sistemul DAS avea în vedere şi situaţia în care pacientul este internat în spital, precum şi modificările survenite în ultimele 6 luni, cu sau fără intervenţia unor factori exteriori. Deşi instrumentul a fost utilizat destul de mult în cercetare, mai ales în variante ulterioare,

prescurtate şi simplificate, preocupările în direcţia evaluării funcţionării sociale s-au reorientat în direcţia elaborării unei noi versiuni a manualului din 1980, privitor la clasificarea şi diagnosticarea handicapurilor. După apariţia ICD-10 (1992), eforturile în această direcţie se apropie de final, în 1997 apărând ca o versiune intermediară a CIADH-2, versiunea Beta-1 (62).

Sinteza realizată în prezent, de către OMS, modifică conceptual viziunea manualului din 1980. Termenii sunt redefiniţi. Succesiunea pe care se baza CIADH 1980, era:



Actuala corelaţie propusă (CIADH) este

Pe lângă sublinierea relaţiei reciproce (inverse) dintre diverse aspecte ale problemei, termenii, noţiunile sunt altfel circumscrise şi definite, încă de la începutul manualului. Prezentăm, în continuare, aceste definiţii din CIADH-2.

O problemă de sănătate este considerată a fi o alterare sau un atribut al statutului de sănătate al unui individ, ce poate duce la necazuri, ce interferează cu activităţi zilnice sau conduce la un contact cu serviciile de sănătate; poate fi o boală acută sau cronică, tulburare, traumatism sau reflectă o altă stare, precum sarcina, bătrâneţea, stresul, anomalii congenitale sau predispoziţii genetice (s.n.). Se constată de la început că starea de sănătate nu mai e privită strict din perspectiva bolii şi a consecinţelor acesteia.

Afectarea (impairment). O afectare indică anormalitatea sau pierderea unei părţi din corp sau a unei funcţii (de exemplu, o funcţie fiziologică).

Funcţiile fiziologice includ şi funcţiile mintale. Anormalitatea este folosită, aici, strict ca o referire la o variaţie semnificativă de la norma statistică stabilită şi trebuie să fie folosită numai în acest sens (ca o deviaţie de la normele standard măsurate la populaţia medie).

Activitatea. În CIADH-2, termenul „activitate" este folosit în sensul cel mai larg, pentru a cuprinde orice lucru pe care o persoană îl poate face, la orice nivel de complexitate: de la activităţile simple la abilităţile şi comportamentele complexe. Activităţile includ funcţiile fizice simple sau bazale ale persoanei, ca un întreg (apucarea, mişcarea unui picior sau privitul), funcţiile mintale bazale sau complexe (amintirea evenimentelor trecute sau dobândirea cunoştinţelor), totalitatea activităţilor fizice şi mintale la diverse nivele de complexitate (conducerea unui automobil, abilităţi personale sociale, interacţionarea cu alţii în locuri oficiale).

Limitarea activităţii (în trecut, disabilitatea) este o dificultate în performanţa, randamentul sau îndeplinirea unei activităţi specific umane la nivelul persoanei. Dificultatea cuprinde toate modurile prin care efectuarea activităţii poate fi afectată: efectuarea cu durere, disconfortul, efectuarea prea încet sau prea repede sau în locuri şi momente nepotrivite; facerea cu stângăcie sau altfel decât în modul aşteptat. Poate fi evaluată de la o deviaţie uşoară la una severă în ceea ce priveşte calitatea sau cantitatea modului sau mărimii execuţiei aşteptate să fie făcute.

Disabilitatea. Rădăcina cuvântului „disabilitate" are conotaţia de „abilitate", de exemplu, o aptitudine sau o îndemânare. Cu toate acestea, clasificarea A, care, în trecut, se referea la disabilităţi, acum se focalizează asupra „activităţilor" – performanţa indivizilor în viaţă zilnică. Un individ poate avea o dificultate în orice domeniu al activităţilor (îngrijirea personală, relaţia cu alţii, munca). Disabilitatea este limitarea performanţei activităţii care este dependentă total de persoană. Este diferită de participare, care este interacţiunea dintre o persoană disabilitată şi/sau afectată şi context.

Participarea. Participarea este interacţiunea afectărilor şi disabilităţilor, precum şi a factorilor contextuali, adică a caracteristicilor ambianţei fizice şi sociale şi a factorilor personali. Participarea se produce în toate ariile sau aspectele vieţii umane, incluzând toate experienţele ce derivă din implicarea în practică, obiceiurile şi comportamentul social. Domeniile participării – întreţinerea personală, mobilitatea, schimbul de informaţii, relaţiile sociale, ocupaţia, viaţa economică şi civică, şi viaţa comunitară – sunt „sociale" în sensul că, aspectele acestor experienţe complexe sunt formate în societate.

Restrângerea participării este un dezavantaj pentru o persoană cu o afectare sau disabilitate şi este creată sau înrăutăţită de caracteristicile factorilor contextuali, deci de factorii personali şi ambientali. Dezavantajul poate lua multe forme: crearea de disabilităţi adiţionale (o afectare mintală, precum durerea, supărarea sau boala mintală sau o disabilitate mintală sau fizică) sau unele diminuări ale gradului sau mărimii participării ce este aşteptată pentru un individ fără disabilităţi, în cultura şi societatea dată.

Factorii contextuali reprezintă fundalul complet al vieţii şi existenţei persoanei, datorită factorilor ambientali externi şi factorilor personali interni.

– *Factorii ambientali* – fundalul vieţii şi existenţei persoanei, compus din componentele ambianţei naturale (climat sau teren), a celei făcute de om (instrumente, mobilier, ambianţa construită), atitudinile sociale, obiceiuri, reguli, practici, instituţii şi alţi indivizi.

– *Factorii personali* – fundalul vieţii şi existenţei persoanei care este compus din caracteristicile ei care nu sunt părţi ale problemei de sănătate sau disabilităţii, incluzând vârsta, rasa, sexul, educaţia, experienţele, personalitatea şi stilul caracterial, aptitudinile, alte probleme de sănătate, forma fizică, stilul de viaţă, obiceiuri, educaţie parentală, stilul de coping, caracteristicile sociale, profesia şi experienţa curentă şi trecută.

Disabilitatea. Termenul „disabilitate" este folosit ca un termen umbrelă ca să acopere toate dimensiunile negative ale CIADH (de ex., afectările, limitările activităţii şi restricţiile participării); el se referea, în trecut, la disabilităţi şi handicapuri, fie împreună sau separat. Există nevoia unui termen general care să indice toate dimensiunile deficienţelor persoanei corelate împreună; termenul de „disabilitate" deşi nu este ideal, altul mai bun nu a putut fi găsit. În sens singular, termenul poate indica „procesul de" sau „acţiunea de" disabilitare a cuiva, iar în formă plurală este folosit ca un termen de înlocuire a afectărilor, limitării activităţii şi restricţiei participării.

Funcţionarea. Termenul de „funcţionare" este folosit ca un termen general care cuprinde aspectele neutrale ale dimensiunilor CIADH. Astfel, afectările sunt funcţionări la nivelul corpului, activităţile sunt funcţionări la nivelul persoanei şi participarea este o funcţionare la nivelul societăţii. Utilizatorii trebuie să fie avertizaţi să nu confunde acest termen cu afectările funcţiei corpului.

Clasificarea afectării funcţiilor începe cu funcţiile mintale; cel al afectării structurii, cu afectarea creierului, măduvei spinării şi structurile înrudite. Clasificarea activităţilor are următoarele capitole: 1. Vederea, auzul, recunoaşterea;

2. Învăţarea, aplicarea cunoştinţelor şi efectuarea sarcinilor; 3. Activităţi de comunicare; 4. Activităţi de mişcare; 5. Deplasarea; 6. Activităţile vieţii zilnice; 7. Activităţile domestice şi necesităţile de a trăi; 8. Comportamentul interpersonal; 9. Rezolvarea şi răspunsul la situaţiile particulare; 10. Folosirea aparatelor şi tehnicilor de asistenţă şi alte activităţi înrudite; Clasificarea participării se referea la: 1. Participarea la întreţinerea personală; 2. Participarea în mobilitate; 3. Participarea în schimbul de informaţii; 4. Participarea în relaţiile sociale; 5. Participarea în ariile educaţiei, munca, timpul liber şi spiritualitate; 6. Participarea la viaţa economică; 7. Participarea la viaţa civică şi comunitate. Lista factorilor ambientali cuprinde următoarele capitole: 1. Produse, instrumente şi consumabile; 2. Asistenţa şi suportul personal; 3. Instituţii sociale, economice şi politice; 4. Norme, reguli şi structuri socio-culturale; 5. Ambianţa fizică generată de om. 6. Ambianţa naturală.

Simpla trecere în revistă a capitolelor indică faptul că, evaluarea, în conformitate cu CIADH-2, este mult mai amplă decât manualul OMS/DAS (1988), decât schema GAF a DSM-IV sau elementele din axa II a diagnosticului pe axe din ICD-10. Acestea din urmă sunt mult mai operaţionale, prin simplitatea evaluării. Pentru tema de ansamblu a textului cărţii de faţă, considerăm important a sublinia faptul că, comunitatea medicală ştiinţifică internaţională face mari eforturi pentru a înţelege şi plasa omul bolnav, cu tulburări bio-psihice sau cu consecinţe ale acestora, într-un larg cadru antropologic, cu un important accent pe aspectele socio-culturale.

2.10. Diagnosticul în medicina psihiatrică

Diagnosticul se referă, în primul rând, la identificarea şi etichetarea episodului maladiv (psihopatologic) (e.ps.) şi/sau a bolii (tulburării psihice). Modalitatea cea mai simplă este cea care se referă la un e.ps. Acesta este identificat pe baza simptomelor ce se configurează în sindroame tipice sau configuraţii sindromatice. Simptomele, în psihiatrie, constau din trăiri subiective, expresii şi comportamente, foarte rar însoţite de modificări ale parametrilor biologici. Simptomele sunt explicit şi univoc definite în manuale (de ex. SCAN-OMS) (30); şi la fel, sindroamele (DSM-IV constă, în mare parte, din definirea unor sindroame ca: cel depresiv, maniacal etc., fiind, în acelaşi timp, un instrument de diagnostic). Diagnosticianul obţine date, privitor la semiologia psihopatologică,

observând pacientul, discutând cu el şi cu cei ce trăiesc în apropierea sa, supunându-l unor probe şi efectuând analize. El se comportă deci, în principiu, ca orice medic. Aspectul specific diagnosticului psihiatric îl reprezintă ponderea importantă a semiologiei trăirilor subiective şi a comportamentelor aberante. Obţinerea informaţiilor despre acestea este deseori dificilă, subiectul necomunicând spontan trăirile sale şi răspunzând variat la diverse întrebări. Această particularitate a condus la dezvoltarea „interviurilor structurate" şi semistructurate. Unele din sistemele de diagnostic, ca, de exemplu, SCAN (30), publică şi un manual cu definiţii explicite asupra simptomelor în raport cu care se pune întrebarea. Investigatorul diagnostician pune o întrebare bine precizată, pentru a afla dacă o trăire subiectivă, cu valoare de simptom, este prezentă. Iată un exemplu dintr-un interviu structurat, promovat de OMS, CIDI (63), din capitolul dedicat depresiei: E22: *„Au existat vreodată două săptămâni sau mai mult timp în care aproape în fiecare zi să te fi simţit: 1) fără valoare; 2) lipsit de sens, „vinovat"? Răspunsul e prin Nu sau Da; dacă răspunsul e Da, se adaugă întrebarea: A existat un motiv particular (raţional) pentru care te-ai simţit astfel? Urmează alte două întrebări precise care se referă (E23) la sentimentul de inferioritate (dacă te-ai simţit inferior altora) şi E24 privitor la lipsa încrederii în sine.* Într-un alt instrument internaţional, utilizat pentru diagnostice, în raport cu DSM-IV – SCID-I (64), într-una din variante există întrebarea A13: *„În perioada (în care v-aţi simţit trist) cum v-aţi simţit în raport cu Dvs. înşivă? (fără valoare? aproape în fiecare zi?) Se poate adăuga întrebarea „Eventual, v-aţi simţit vinovat, în raport cu ceea ce a-ţi făcut sau nu a-ţi făcut? Se răspunde prin Da sau Nu.* În modalităţi mai nuanţate – ca, de exemplu, în SCAN – atunci când se aplică interviuri semistructurate, se pot pune mai multe întrebări conjugate, sugerate în manual, dar şi elaborate de cel ce conduce interviul, astfel încât el să ajungă la certitudinea prezenţei respectivului simptom (a respectivei trăiri subiective) anormale la pacient. De exemplu, în SCAN, tot la capitolul depresie, există un set de întrebări privitoare la pierderea stimei de sine: *„Care este părerea Dvs., despre Dvs. în comparaţie cu alţi oameni? Vi se pare că vă simţiţi mai puţin capabil decât ceilalţi? În ce fel? Vă simţiţi inferior sau chiar fără valoare? Este acest sentiment ceva nou sau v-aţi simţit întotdeauna la fel?* Întrebările sunt ordonate în conformitate cu o listă de simptome succesive ale căror prezenţă sau absenţă se cere clarificată. În unele cazuri, ca, de exemplu, în AMDP, se propune doar o astfel de listă (cecklist), urmând ca investigatorul să clarifice, prin toate mijloacele de care dispune, prezenţa sau absenţa respectivelor simptome (dintre care, unele sunt şi expresive sau comportamentale). Ordinea de listare a simptomelor, ce se cer clarificate, se bazează

pe o anumită logică, care are în vedere conturarea succesivă a principalelor sindroame sau configuraţii sindromatice. De câte ori se cere evaluarea prezenţei unui simptom printr-o modalitate standardizată, se solicită şi evaluarea intensităţii acestuia. Prin evaluarea repetată a configuraţiei semiologice, se poate stabili şi care simptome diminuează, persistă sau se agravează.

Un aspect particular îl constituie faptul că, în psihiatrie deseori contactul psihic cu pacientul se stabileşte greu, iar expresivitatea şi comunicarea sa prin limbaj sunt perturbate de procesul maladiv. Aşa se petrec lucrurile în depresie, autism, schizofrenie (prin dezorganizarea ideo-verbală), delirium, demenţe. Faptul se cere consemnat şi poate constitui, prin el însuşi, o informaţie pentru diagnostic. În sistemul SCAN, ce se bazează pe un interviu semistructurat, există o scală de evaluare specială (a IV-a) care încearcă să aducă precizări în acest domeniu.

În SCAN – Interviu, partea a doua se ocupă de tulburările psihotice şi demenţe. Ea începe cu un capitol (15) ce evaluează tulburări de vorbire la examinare; sunt notate următoarele eventualităţi:

15.1. Abilitate săracă de vorbire datorită inteligenţei limitate
15.2. Vorbire incoerentă din orice cauză
15.3. Tulburare de dezvoltare a vorbirii din aspectul autist
15.4. Alte tulburări de vorbire; de exemplu, disfazia
15.5. Sărăcia de conţinut sau vorbire redusă
15.6. Tulburări ale stării de conştiinţă
15.7. Înţelegerea slabă şi/sau folosire deficitară a limbii, dacă nu este limba maternă
15.8. Alte cauze pentru deficienţe de vorbire

Tulburările de vorbire fac uneori dificilă evaluarea de ansamblu a simptomatologiei, mai ales dacă informaţiile sunt luate doar de la pacient. Acelaşi rol perturbator îl pot prezenta diverse simptome psihotice. De aceea, în SCAN se propune, la începutul părţii a doua, o scală de evaluare care să ţină seama de aceste aspecte:

Simptomele nu au apărut în timpul perioadei studiate;
Simptomele au apărut dar au fost nesemnificative sau tranzitorii;
Simptomele au apărut în ocazii multiple şi cu diverse durate de timp;
Simptomele au fost prezente mai mult sau mai puţin continuu în cursul perioadei;

Dificultăţi de vorbire, notate la secţiunea 15, fac răspunsurile dificil de interpretat;

Notarea este nesigură, referitor la prezenţa fenomenelor chiar după o examinare detaliată;

Notarea nu se poate face datorită examinării incomplete, de exemplu, din cauza refuzului pacientului de a colabora.

Identificarea prezenţei unor simptome conduce în cele din urmă la un diagnostic de e.ps., structurat printr-un sindrom tip sau printr-o configuraţie sindromatică. Pentru diagnosticul de e.ps. se foloseşte în prezent sistemul politetic al criteriilor necesare şi suficiente. Sunt menţionate, pentru includere, o serie de criterii obligatorii şi un număr de criterii facultative; şi, de asemenea, criterii de excludere. Atât DSM-III-IV, cât şi ICD-10 acceptă acest model. De ex., pentru diagnosticul de episod de depresie majoră sunt enumerate în DSM-IV-9 criterii (simptome) de includere, fiind considerate necesare minimum 5, primele 2 fiind obligatorii, iar celelalte, prezente prin cumul.

Acest sistem are avantaje şi dezavantaje. El permite o anumită rigoare în identificarea unui cadru nosologic categorial. Dar pe de altă parte, conduce şi la gruparea unor cazuri neomogene din punct de vedere semiologic, o parte dintre ele având dintr-un număr total de simptome enumerate doar pe unele, şi o altă parte, pe altele. Totuşi, prin prezenţa unor sisteme de diagnostic categoriale ce prezintă un minimum de criterii de diagnostic necesare şi prin dezvoltarea interviurilor structurate şi semistructurate, s-a realizat un pas în plus în ceea ce priveşte rigoarea diagnostică şi intercomunicabilitatea dintre diagnosticieni. Aceste modalităţi ignoră rolul intuiţiei şi comprehensiunii în acest complex demers care este diagnosticarea drept caz psihiatric a unei persoane umane conştiente (65) (66).

Luând în considerare ansamblul bolilor psihice – deci întreg s.n.n. al psihiatriei – OMS recomandă pentru diagnosticarea bolilor psihiatrice, la adulţi, instrumentul CIDI – care se bazează pe un interviu structurat – şi SCAN – ce se bazează pe un interviu semistructurat. Pentru un diagnostic în conformitate cu DSM-IV, s-a elaborat instrumentul SCID.

Psihiatria ultimelor decenii a dezvoltat cu insistenţă diverse „scale de evaluare". O bună parte din acestea se referă tocmai la simptomatologie. Pentru exemplificare putem trimite la celebrele scale Hamilton, Beck, Zung şi MADRAS care au în vedere evaluarea depresiei. Aceste scale psihopatologice presupun existenţa unui diagnostic categorial care, acum, este evaluat cantitativ şi dinamic. Fiecare item (simptom) este cotat (în urma chestionării, observaţiei

şi/sau autoevaluării pacientului) cu o anumită intensitate, exprimată în puncte. Se obţine, astfel, o evaluare cifrică globală. Repetarea periodică a respectivei scale de evaluare permite să se evidenţieze dacă domeniul de patologie, aria sindromatică respectivă, se reduce în timp, se menţine sau creşte. Faptul e deosebit de important pentru evaluarea rezultatelor terapiei.

Diverse scale de evaluare pun accentul pe unele sau altele din aspectele sindromului avut în vedere, având grijă să nu neglijeze elementele esenţiale. Prezentăm itemii care sunt avuţi în vedere în câteva scale privitoare la depresie:

Scala de evaluare a depresiei Hamilton – 21 itemi (Evaluarea are 5 grade de intensitate, între 0 şi 4)	Scala Montgomery-Asberg (MADRS) (Evaluarea are 7 grade de intensitate; se recomandă însă marcarea poziţiilor 0, 2=uşor; 4=sever; 6=extrem, restul valorilor fiind între aceste gradaţii	Scala Zung (este o scală de autoevaluare cu 4 grade de intensitate între 1 şi 4)
1. Dispoziţie depresivă 2. Sentiment de vinovăţie 3. Suicid 4. Insomnia de adormire 5. Insomnia nocturnă 6. Insomnia matinală 7. Muncă şi activitate 8. Inhibiţie 9. Agitaţie 10. Anxietate psihică 11. Anxietate somatică 12. Simptome gastro-intestinale 13. Simptome somatice generale 14. Simptome genitale 15. Preocupări hipocondriace 16. Schimbări în greutate 17. Înţelegerea bolii 18. Variaţii diurne 19. Depersonalizare, derealizare 20. Simptome paranoide 21. Simptome obsesionale	1. Tristeţe aparentă 2. Tristeţe relatată 3. Tensiune internă 4. Reducerea somnului 5. Reducerea apetitului 6. Dificiultăţi de concentrare 7. Lentoare 8. Inabilitatea de a simţi 9. Gânduri pesimiste 10. Gânduri suicidare	1. Tristeţe subiectivă 2. Bioritm nocturn 3. Plâns nemotivat 4. Tulburare de somn 5. Tulburare de apetit 6. Sociabilitate redusă 7. Slăbire în greutate 8. Constipaţie 9. Tahicardie 10. Astenie (subiectivă) 11. Bună dispoziţie 12. Abilitate în acţiune 13. Neliniţte-agitaţie 14. Neîncredere în viitor 15. Instabilitate 16. Indecizie 17. Inutilitate 18. Satisfacţia existenţei 19. Idei de moarte 20. Dificultăţi în a realiza bucuria vieţii (anhedonie)

Pentru scalele Hamilton şi MADRAS s-au elaborat chestionare ce se îmbină cu observarea pacientului. În schimb, scala Beck este una de autoevaluare a depresiei. Se poate constata că scala Hamilton poate înregistra mai multe simptome care ar putea apărea în comorbiditatea tabloului clinic depresiv, precum anxietatea, obsesionalitatea, depersonalizarea, ideile relaţionale.

În realitatea clinică, tabloul semiotic al episoadelor nu este pur şi complet, acoperind felul în care au fost prezentate sindroamele standard. Frecvent, există combinaţii, mixtări, comorbidităţi, fapt ce a fost deja comentat. Depresia, este unul din sindroamele cele mai răspândite care se poate mixta cu foarte multe alte sindroame. Acest fapt a ridicat probleme cercetătorilor, care au construit instrumente pentru studiul depresiei. De exemplu, instrumentul SADD, utilizat de OMS în cercetarea multicentru, pe care a întreprins-o asupra depresiei, foloseşte 39 itemi, mulţi fiind introduşi pentru a depista comorbiditatea.

Şi mai dezvoltat este sistemul CODE-DD a lui Ban (32) care a fost deja menţionat.

Majoritatea scalelor de evaluare psihopatologică presupune identificarea şi evaluarea cantitativă a unei patologii categoriale deja identificate ca: depresia, anxietatea, fobia, obsesia, mania, schizofrenia pozitivă şi/sau negativă, extinse în zona de comorbiditate cea mai frecventă. Există şi scale de evaluare psihopatologică cu orientare mai generală, care au în vedere mai multe arii sindromatice, aşa cum ar fi SCL-90 sau CRPS (Montgomery-Asberg), (Inventarul psihopatologic Minessota se plasează şi el la acest nivel, fiind mai complex ca elaborare şi neevidenţiind decât indirect intensitatea sindroamelor). Ele sunt aplicate pentru a evidenţia domeniile principale de patologie psihică pe care un subiect le trăieşte dincolo de limita considerată „normală". În general, între scalele de evaluare, ţintite pe un sindrom anume (depresia sau fobia socială), şi interviurile psihopatologice generale (structurate, semistructurate sau bazate doar pe respectarea evidenţierii unor cecklist-uri simptomatice) există un continuum şi interferenţe. Ceea ce este comun e faptul că, pe această cale se introduce o anumită ordine şi cuantificare în diagnosticul psihiatric, care, prin repetarea procedurii, permite evaluarea dinamică, în timp, a tulburării.

Diagnosticul episodului psihopatologic este, de obicei, dublat, aşa cum s-a menţionat deja, de evaluarea sau „diagnosticarea" terenului. Iar diagnosticul de boală (tulburare) ar urma să ţină cont, pe lângă teren, de episoadele succesive, clinice, de modelul evolutiv şi defect. Aceste probleme au fost conştientizate de echipa ce a elaborat DSM-III-IV, propunându-se un diagnostic pe axe. Acesta constă, în DSM-IV, din următoarele cinci axe:

Axa I se referă la episodul actual psihopatologic. Acesta poate fi tipic sau atipic în raport cu s.ps. standard ce au fost descrise, într-o manieră care poate fi definită şi etichetată ca atare: de ex., „depresia anxioasă" „depresie delirantă". El poate ridica problema unei comorbidităţi, a evoluţiei în paralel şi în mixaj a două linii de patologie distincte, cum ar fi, de ex.: tulburarea obsesiv-compulsivă şi depresia. Evaluarea diagnosticului pe axa I are în vedere un episod delimitat în timp. Totuşi, atunci când se pune problema diagnosticului de boală, se cere a se avea în vedere şi episoadele sau tulburările anterioare, frecvenţa, succesiunea, şi eventual combinaţia lor, în modalităţi particulare, precum şi defectul psihopatologic interepisodic.

Axa II se referă la etichetarea fondului de personalitate, în măsura în care acesta atinge parametrii patologici; are multiple corelaţii cu axa I, în sensul că, tulburarea personalităţii poate face parte din acelaşi spectru maladiv cu episodul (de ex. schizoid-schizofren; anakast-obsesiv-compulsiv; paranoid-episod psihotic delirant persistent de tip paranoid etc.). La rândul său, defectul clinic post episodic poate purta marca respectivei clase de patologie psihiatrică. Evaluarea caracteristicilor de personalitate pre şi post episodice se poate face, la fel ca pentru axa I, avându-se în vedere definiţii operaţionale ce presupun o caracterizare generală şi itemi politetici pentru identificarea unui tip anume de tulburare de personalitate. Şi la acest nivel se pot folosi interviuri structurate şi semistructurate (aplicate subiectului în cauză şi relativilor care îl cunosc). De obicei, în raport cu cadrele diagnostice categoriale ce pot fi dezvoltate până la nivelul unui caz tipic ideal, se întâlnesc mixturi, care, totuşi, pot permite plasarea unui caz mai aproape sau mai departe de un anume tip de personalitate. Tot pe axa II, se menţionează retardarea mintală.

Axa III se referă la comorbiditatea somatică. Deosebit de important este să se clarifice şi să se noteze relaţiile cauzale cu tulburările psihice. Acestea pot oscila între doi poli: – Suferinţa somatică e primară şi fundamentală, iar tulburarea psihică e secundară primeia, ca un mod de manifestare semiologic special al acesteia; – Suferinţa somatică e evident secundară celei psihice, ca, de ex., în cazul leziunilor corporale ce rezultă din automutilarea depresivului şi a altor bolnavi; – Ca o situaţie intermediară, pot fi menţionate cazurile în care tulburările somatice fac parte, în mod obişnuit, din tabloul clinic psihopatologic ca, în tulburări anxioase şi depresive, atacul de panică etc. Eventualităţile sunt, însă, mult mai diverse. Pot coexista tulburări psihice şi somatice fără legătură între ele; cum ar fi un diabet la un schizofren. Pe de altă parte, un subiect poate suferi psihic în urma unui defect somatic. Sau poate resimţi astenia în contextul unei hepatite

cronice etc. În concluzie, inventarul tulburărilor somatice se cere dublat de precizări (durată, mod de manifestare, intensitate) şi de interpretarea corelaţiilor dintre acestea şi tulburările psihice.

Axa IV. Probleme psihosociale şi ambientale ce pot afecta diagnosticul, tratamentul şi prognosticul tulburărilor mintale (cotate pe axa I şi II). Acestea pot fi evenimente de viaţă negative, stresante, deficienţe şi dificultăţi ambientale, conflicte intrafamiliale sau interpersonale, insuficienţă a suportului social şi a resurselor, sau alte probleme corelate cu contextul în care dificultăţile persoanei se dezvoltă. Problemele sunt grupate în următoarele categorii:

Probleme cu grupul de suport primar;
Probleme corelate cu ambianţa socială;
Probleme educaţionale;
Probleme corelate cu ocupaţia (munca);
Probleme corelate locuirii;
Probleme economice;
Probleme privind accesul la serviciile de îngrijire a sănătăţii;
Altele.

Se sugerează a se reţine doar acele probleme care apar (se impun) ca relevante pentru tulburarea psihică (episodică) actuală şi care au avut loc în ultimul an. Se cere şi o evaluare cantitativă a intensităţii stresului provocat de aceste probleme. În mod excepţional, ar putea fi avute în vedere şi evenimente sau probleme mai vechi, în corelaţie evidentă cu tulburarea actuală.

Axa V. Aceasta se referă la nivelul de funcţionare socială (la disabilităţi şi performanţe în manifestarea rolurilor sociale) şi este ordonată prin Scala GAF, care este prezentată în altă secţiune.[15] Deşi are valoare pragmatică pentru perioada episodului maladiv, a remisiunii parţiale şi a defectului cu simptome clinice, în prezent se tinde ca evaluarea funcţionării sociale să fie realizată cât mai independent de prezenţa sau absenţa simptomelor psihopatologice. În această direcţie este orientată şi Axa II din diagnosticul ICD-10 pe axe, dar mai ales proiectul CIADH-2.

Concepţia ICD-10 de diagnostic pe axe, care a fost deja comentată, prezintă diferenţe faţă de cea din DSM-IV. Acum se au în vedere:

Axa I: Toate tulburările (bolile) psihice şi somatice; deci, tot ceea ce în DSM-IV apare pe axele I, II, şi III.

[15] Privitor la scorul GAF şi probleme conexe, a se vedea paragraful 2.9 privitor la defectul psihopatologic

Axa II: Nivelul de funcţionare socială conceput însă diferit faţă de DSM-III-IV, deoarece nu se amestecă elementele psihopatologice cu disabilitatea. Se are în vedere doar aceasta din urmă, evaluată în 4 arii existenţiale, cu un scor între 0 şi 5.

Axa III: Factorii ambientali şi psihosociali ce joacă un rol în apariţia afecţiunii. La acest nivel sunt invocate o parte din codurile Z. Evidenţierea acestora nu se referă însă doar la favorizare, determinare, declanşare, ca în DSM-IV (deci nu se are în vedere doar ultimul an) ci e gândită şi din perspectiva vulnerabilizării biografice. De aceea se cer investigate şi notate evenimentele nefavorabile ce au avut loc în copilărie şi în anumite momente ale ciclurilor vieţii. Ceea ce nu reuşeşte însă sistemul ICD-10 de diagnostic pe axe, este clarificarea simplă şi pregnantă a succesiunii biografice a acestor evenimente. În această direcţie, până la ora actuală, sistemul cel mai simplu şi eficient este matricea din Fişa 2 a AMDP, care eşalonează pe secvenţe biografice o serie de evenimente de viaţă importante. Dar, atât ca listă globală, cât şi din perspectiva varietăţii şi complexităţii, ceea ce oferă această Fişă 2 nu acoperă sugestiile din Axa III a ICD-10, şi nici chiar cele din DSM-IV. Drumul este însă deschis. Ceea ce credem că e important e faptul că actuala psihiatrie ordonată şi cantitativă (de tip ştiinţific cartezian) se deschide tot mai mult spre problematica biografiei în ansamblu şi a înţelegerii pluricondiţionate a apariţiei unei stări psihopatologice. De altfel, dacă revenim la singurul sistem internaţional care, în mod explicit, se referă la diagnosticarea bolilor psihiatrice din perspectiva tradiţionalei Foi de observaţie standandardizate – adică AMDP –, atunci constatăm ponderea importanţei ce se acordă obţinerii informaţiilor despre „teren". Din cele 5 Fişe ale sistemului standardizat, doar ultimele 2 se referă la simptomatologia episodului actual. Primele două se apleacă, în detaliu, asupra elementelor biografice. Nu se poate pune un diagnostic de tulburare psihică, fără a avea o imagine de ansamblu a omului respectiv, chiar dacă standardizată şi computerizată ca în AMDP.

În sfârşit, menţionăm că procesul diagnostic psihiatric este, de fapt, un eveniment ce se petrece în cadrul relaţiei dintre două persoane umane, fiecare cu intenţionalitatea sa. Elementul uman bazal, ce leagă între ei subteran persoanele, nu poate fi anulat de toate rigorile sistemelor standardizate, a cărui utilitate nu e nici ea de contestat. De aceea, în procesul de diagnostic (şi orientare terapeutică), intuiţia şi interpretarea hermeneutică nu încetează să joace un rol important (65), (66). În plus, „celălalt" – care face obiectul diagnosticului – este înţeles şi comprehensiv de către subiectul ce diagnostichează. Între ei se poate realiza o relaţie interpersonal-tranzitivă, diferită de cea riguros „obiectivantă" a

diagnosticului (riguroasă, clar formulată şi standardizată). Această relaţie este, pe de o parte, firească, ca între doi oameni ce se întâlnesc; pe de altă parte, ea poate fi marcată de doctrine interpretative, ca în cazul în care se derulează o psihoterapie. Psihologul psihodiagnostician se străduie, de asemenea, să stabilească nu propriu-zis un diagnostic aflat în inventarele oficiale, ci să afle nuanţe ale personalităţii, conflicte intrapsihice (conştiente sau neconştiente), particularităţi ale stilului şi formulelor de trăire ale persoanei în cauză. Diagnosticarea formal-exactă ţine de registrul cauzal al lui „explică" (în perspectiva viziunii lui Dilthey-Jaspers). Există însă şi complementarul relaţional, care constă în faptul de a înţelege pe altul. Şi apoi, formula mai specială, de a „interpreta" (hermeneutic) existenţa celuilalt, care s-ar plasa la mijlocul drumului dintre cele două atitudini extreme. Oricum, diagnosticul psihiatric pendulează în permanenţă între judecata logică de identificare şi judecata de valoare, resimţită, evaluativă şi interpretativă.

2.11. Aspecte particulare ale tratamentului medical psihiatric

La fel ca în întreaga medicină, unii pacienţi ai psihiatriei sunt trataţi în instituţii medicale de profil, adică în spitale. Internarea în spital înseamnă şi o importantă privare a libertăţii civice. Pe de altă parte, internarea prelungită în spital, datorită condiţiilor de subsolicitare psiho-socială, scade nivelul abilităţilor sociale ale pacienţilor, care, oricum, era redus prin natura bolii (67). S-a conturat progresiv ideea, care, apoi, a fost şi demonstrată ştiinţific, că internările prelungite sunt nocive. Această concluzie a avut drept consecinţă, pe de o parte, modificări instituţionale, cum ar fi renunţarea progresivă la marile spitale, organizarea interioară a spitalelor, astfel încât, în interiorul acestora să se practice stimulare psiho-socială. Pe de altă parte, ea a condus la modificări în atitudinea ce vizează terapia oricărui fel de tulburare psihică, cât mai aproape de locul obişnuit de habitat al subiectului suferind, cultivându-se interrelaţiile cu persoanele nişei ecologice umane în care acesta trăieşte (terapie familială etc.), programe diversificate de psihoterapie, de reabilitare psiho-socială, de socio-terapie, psiho-pedagogie etc. În cele din urmă, s-a ajuns la orientarea contemporană a hiatriei comunitare, ce va fi comentată în continuare.[16]

[16] A se vedea capitolul 3.

Tratamentul tulburărilor (bolilor) psihice s-a făcut de mult, prin mijloace medicale biologice. Mijloacele biologice brutale, de tipul comei insulinice, pentru schizofreni, şi a electroşocului, pentru catatoni şi pacienţii cu stupor melancolic, au dispărut sau s-au redus la minimum. Tratamentul neurochirurgical a fost şi el părăsit. În schimb, în ultima jumătate a veacului XX, s-a dezvoltat extensiv tratamentul medicamentos, în conjuncţie cu avansarea vertiginoasă a cunoştinţelor de neuro-psiho-farmacologie. Acesta vizează atât tratamentul episoadelor curente, cât şi prevenţia recăderilor. Medicaţia neuroleptică, eficientă în psihoze, precum şi cea antidepresivă, anxiolitică, sedativă, continuă să se dezvolte impetuos, plasând medicina psihiatrică alături de alte domenii ale medicinei (60).

Tratamentul psiho-social a fost utilizat de mult în cadrul instituţiilor de îngrijire psihiatrică (şi în afara lor). De la sfârşitul secolului trecut şi până azi s-au dezvoltat intens tratamentele psihoterapeutice de diverse tipuri, de la cele directive, de tipul sugestiei hipnotice, până la cele ce pun accent pe analiza progresivă a psihismului, urmată de reconstrucţie (psihanaliza). Diverse alte tehnici, cum ar fi: terapia comportamentală şi cognitivă, analiza tranzacţională, tehnica gestaltistă, psihoterapia pozitivă, diverse forme de psihoterapie familială, terapia experienţială, psihodrama, logoterapia, psihoterapia de grup şi diverse combinaţii dintre acestea, s-au dezvoltat şi se dezvoltă în continuare, adresându-se atât pacienţilor ce prezintă un diagnostic medical psihiatric, cât şi „pacienţilor cu trăiri negative şi cu probleme", care au fost şi ei deja menţionaţi în marginea cazurilor riguros diagnosticabile (de ex., cei ce sunt încadrabili la codurile Z din ICD-10). Psihoterapiile sunt tratamente specializate care necesită o îndelungă pregătire a psihoterapeutului, însuşirea temeinică a unor cunoştinţe teoretice, a unor experienţe şi metodologii practice, exerciţii de auto-cunoaştere, care-l transformă interior pe cel ce aspiră la o asemenea funcţie şi profesie. Iar practicarea psihoterapiei este şi ea un demers laborios, are durează luni sau ani de zile, obiectivul fiind cel de a modifica, în sens benefic, structura şi existenţa altui om. O dată cu comentarea psihoterapiilor, apare un halou al cazuisticii psihiatrice medicale, în tranziţia ei spre problemele existenţei umane, tensionate şi dramatice, fireşti ale oricărui om, spre „crizele" existenţei (în raport cu care se practică „intervenţia în criză" şi „consiliere" psihoterapeutică). Acest teritoriu intermediar nu trebuie neglijat. Suferinţa şi deficitul psihic nu este pur şi simplu boală în sens medical, după cum ea nu este doar mod de existenţă particular. Articularea între medicina psihiatrică şi firescul existenţei persoanei umane se face printr-un teritoriu ce are o specificitate proprie.

Menţionăm, în sfârşit, zona defectului psiho-social, derivat atât din disontogeneză, cât şi dintr-un episod sau boală psihică. Acesta poate beneficia, şi beneficiază efectiv, de programe de reabilitare psiho-socială (69). Foştii pacienţi trebuie dinamizaţi în direcţia angajării lor în programele de terapie şi reabilitare. Împreună cu familiile lor, ei trebuie să devină co-terapeuţi, angajându-se nu doar în depistarea precoce a simptomelor de recădere a unei patologii psihice, ci în programe active de creştere a capacităţilor lor de autoîngrijire, de auto-afirmare, de creştere a unor abilităţi de manifestare în comunitate, de cunoaştere a drepturilor pe care le au şi a mijloacelor de a-şi promova ei înşişi propriile interese. În prezent, ei se organizează în asociaţii, care se străduiesc, prin diverse programe, să amelioreze soarta defectivilor psihici, tinzând spre o maximă integrare comunitară. Iar comunitatea, odată sensibilizată, trebuie să accepte existenţa acestora ca parte componentă a sa, făcând eforturi pentru asimilarea lor, luptând împotriva rejecţiei. O dată ce apar, în prim plan, aceste probleme, trecem spre o altă zonă a prezenţei în lumea umană a oamenilor cu tulburări psihice, cea în care nu ne mai referim tensionaţi la scheme abstracte de referinţă – la construcţii teoretice cât mai riguros definite – în raport cu care să definim un „caz clinic". Ne mutăm, de fapt, într-un domeniu în care „celălalt", suferind sau perturbat psihic, coexistă şi se intersectează existenţial cu noi, pe diverse căi, în mijlocul socio-culturii, deci spre înţelegerea suferindului psihic ca cetăţean.

2. Bibliografie, note, comentarii

9. Cunoaştere ştiinţifică ce stă la baza practicării medicale; poate fi concepută (sau asimilată până la un punct) cu o teorie ştiinţifică. Deoarece, în acest caz, cunoaşterea se intrică strâns cu practica, credem că ar fi mai adecvată viziunea lui Kuhn asupra teoriilor ştiinţifice şi a creşterii cunoaşterii, situaţia fiind puţin diferită de cea a ştiinţelor fizico-matematice, în care legătura cu practica umană e mai mediată. A se vedea:
   – Kuhn T. S., (1976), *Structura revoluţiilor ştiinţifice*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.
10. Problema „cazului" în ştiinţă s-a dezvoltat şi ea de-a lungul istoriei. Dacă, Fr. Bacon, în *Novum Organon*, inventaria o sumedenie de cazuri cu diverse valenţe în cunoaştere, după dezvoltarea teoriei „teoriilor ştiinţifice" în sec. XX, problema „cazului" a căpătat mai multă pregnanţă şi importanţă în ştiinţele umane. A se vedea bibl. 7, capitolul „Tipologie", p. 143–152.
11. Rolul major pe care l-a jucat Kraepelin în structurarea modelului medical al medicinei este consemnat de toate istoriile psihiatriei. Menţionăm:
   a) Kolle, K., (1956), *Grosse Nervenärtzte*, Ed. G. Thieme, Stuttgart, Band I, p.175–196;
   b) Alexander, E.G., Selesnick, S.T., (1972), *Histoire de la Psychiatrie*, Ed. Colin, Paris, p.180–183;
   c) Postel, J., Quetel, Cl., (1983), *Nouvelle histoire de la Psychiatrie*, Ed. Privat, Toulouse.

În plus, există studii speciale, în acest domeniu, care au folosit arhivele Kraepelin de la Heidelberg; menţionăm:

   d) Kick, H., (1981), „Der Forschungsansatz Kraepelins aus der Sicht seiner klinischen Praxis", in *Fortsch. Neurol. Psychiat.*, 49, p. 259–264.

12. Tyrer, P., Steinberg, D., (1993), *Models for Mintal Disorder*, Ed. John Wiley & Son, New York.

În această carte, autorii prezintă, alături de „modelul medical" şi următoarele: – modelul social (acesta va fi comentat parţial în cap. 2 şi parţial în cap. 3); modelul psihanalitic; – modelul comportamental-cognitivist; – modelul fenomenologic; – modelul developmental; (acestea vor fi comentate în cap. 4 şi 5, ale lucrării de faţă).

13. Jaspers, K., (1965), *Algemeine Psychopathologie*, 8 Aufl., Ed. Springer, Berlin.
14. Glatzel, J., (1978), *Algemeine Psychopathologie*, Ed. Enke, Stuttgart, p. 241–251.
15. Lăzărescu, M., (1994), *Psihopatologie Clinică*, Ed. Helicon, Timişoara.
16. Petrilowitsch, N., (1960), *Abnorme Persönlichkeiten*, Ed. Karger, Basel.
17. Leonhard, K., (1972), *Personalităţi accentuate*, Ed. Enciclopedică, Bucureşti.
18. Zuckerman, M., (1999), *Vulnerability to Psychopathology*, American Psychiatric Association, Washington.

19. Zubin, J., Spring, B., (1977), *Vulnerability – a new view of schizophrenia*, Journ. Abnorm. Psychol. 88, p.103–126.
20. Rutter, M.,(1985), „Resilience in the face of Adversity. Protective factors and Resilience to Psychiatric Disorder", Brit. J. of Psychiatry, 147, p. 598–611.
21. Cicchetti, D., Cohen, D.J., (1995), *Developmental Psychopathology*, Ed. John Wiley & Sons, New York, vol. I, vol. II. Acest amplu tratat va fi invocat în repetate rânduri, mai ales în Cap. 4. Pentru tema în discuţie, la acest nivel, referinţa este la următoarele capitole din vol. II:
    a) Masten, A.S., Coatsworth, J.D., „Competence, Resilience and Psychopathology", p. 715–752.
    b) Cohler, B., Statt, F.M., and all: „Adversity, Vulnerability, and Resilience: Cultural and Developmental Perspectives", p. 753–800.
    c) Staundinger, U.M., Marsiske, M. and all: „Resilience and Reswerve Capacity in Later Adulthood: Potentials and Limits of Development across the Life Span", p. 801–848.
22. Gooding, D.C., Iacono, W.G.: „Schizophrenia through the Leus of a Developmental Psychopathology Perspective", in Cicchetti et all (21), p. 353–580.
23. Tellenbach, H., (1983), *Melancholie*, 4 Aufl., Ed. Springer, Berlin.
24. Kraus, A., (1977), *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver*, Ed. Enke, Stuttgart.
25. Kraus, A., (1988) „Ambiguitättsintoleranz ales Persönlichkeits-variable und Strukturmerkmal der Krankheits-phänomene Manisch-Depressiver", in *Persönlichkeit und Psychose*, Ed. Janzarik W. (Hrsg), Ed. Enke, Stuttgart.
26. Lăzărescu, M., Nicoară, O. „The Life Cycles and the Life moments with increased vulnerability", comunicare la 9th World Congress of Psychiatry, Rio de Janeiro, June 6-12, 1993, Brasil, Abstracts 225.
27. Semiologia psihiatrică va fi prezentată, aşa cum rezultă din text, doar sub forma sindroamelor-tipice-standard. Conform tradiţiei, aceasta „semiologie psihiatrică" a oscilat permanent între simptom-sindrom şi complex sindromatic maladiv. Dacă nu se face o diferenţiere între aceste ipostaze, atunci se poate susţine că întreaga semiologie psihiatrică (=psihopatologie descriptivă) a fost înregistrată şi elaborată încă din sec. XX. A se vedea:
    – Berrios, G.E., (1996), *The history of mintal symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*, Cambridge University Press.
28. Semiologia psihiatrică este inclusă în orice manual sau tratat de psihiatrie. Vom prezenta două exemple recente:
    a) Mullen, P. E., (1997), „The mintal states of mind", in Murray R., Hill, P. and all, The Essential of Postgraduate Psychiatry, Third edition, Cambridge University Press, p. 3–40;
    b) Sadock, B. J., (2000), „Signs and Symptoms in Psychiatry", in Kaplan & Sadok's, Comprehensive Textbook of Psychiatry, seventh edition, Lipicott Williams & Wilkins, vol. 1, p. 677–689.

29. Pe lângă prezenţa semiologiei psihiatrice în manuale şi tratate, s-au publicat cărţi centrate pe această temă, dintre care menţionăm:
    a) Sims, A., *In the Mind*, Ed. Bailliere Tindall, London. Cartea a fost şi rămâne, şi în zilele noastre, principalul manual de semiologie psihiatrică, după care studiază rezidenţii şi la care fac apel specialiştii britanici; diferenţa între simptom şi sindrom nu e comentată;
    b) Scharfetter, G., (1980), *General Psychopathology*, Cambridge University Press. Sinteza pe care o realizează autorul – şi care ţine cont de toate contribuţiile importante în domeniu, inclusiv cele ale psihopatologiei cu orientare fenomenologico-existenţialistă – a stat la baza sistemului AMDP. Distincţia dintre simptom şi sindrom nu e, nici în această lucrare, comentată suficient. În schimb, în sistemul AMDP, simptomele sunt grupate în clase care sugerează sindroame sau entităţi maladive.
    c) Glätzel, J., (1981), *Spezielle Psychopathologie*, Ed. Enke, Stuttgart.
30. SCAN (*Schedules for Clinical Assesment in Neuropsychiatrie*), 1992, OMS Geneva. Lucrarea are 2 volume. Primul e centrat pe listarea şi definirea simptomelor. Este cea mai riguroasă şi explicită circumscriere a acestora, în ultimele decenii. Simptomele sunt grupate în secţiuni care ar putea – în ansamblul lor – constitui nucleul unor sindroame. De fapt, „sindroamele-tip", comentate în lucrarea de faţă, rezultă de obicei din reuniunea mai multor astfel de secţiuni. În lucrare nu e teoretizată diferenţierea dintre simptom, sindrom şi episod psihopatologic. În schimb, ea beneficiază de un interviu semi-structurat (vol. II al lucrării) şi de o posibilă prelucrare pe calculator a datelor.
31. DSM-IV (1994), *Manual of Mintal Disorders*, Pub. American Psychiatric Associations, Washington D.C. Acest manual va fi invocat de mai multe ori în prezenta lucrare, împreună cu predecesorul său (DSM-III-1980 şi DSM-III-R). El este menţionat la acest nivel deoarece, în esenţă, este o corelaţie de definiţii operaţionale ale sindroamelor psihopatologice. Deci, se plasează la alt nivel, decât SCAN. Nici în acest manual nu se găseşte un comentariu riguros referitor la distincţia dintre simptom-sindrom-episod psihopatologic – boală psihică.
32. Ban, Th, CODE-DD (1989), *Composite Diagnostic evaluation of Depressive Disorder*, IUNCP Company, Nashville. Menţionăm această lucrare, deoarece proiectul CODE (din care au apărut doar 2 volume din 12 proiectate) avea în vedere inventarierea tuturor simptomelor şi sindroamelor prezente într-o tulburare clinică (adică ce poate fi identificată ca un episod maladiv sau boală psihică). Autorul face rezumatul tuturor elaborărilor ştiinţifice în domeniul respectiv, de la începutul sec. XX şi până către sfârşitul său, încercând să transpună datele de literatură în definiţii operaţionale. Sunt avute în vedere şi toate RDC-urile publicate şi funcţionale până la data apariţiei. Deşi nu există o formulare teoretică explicită, apare ca evidentă diferenţierea între simptom-sindrom-episod maladiv. Manualul beneficiază şi de un interviu semistructurat, de o scală de evaluare şi de o posibilă prelucrare pe calculator.

33. Cutting, J., (1997), *Principles of Psychopathology*, Oxford University Press, New York. Lucrarea are intenţii filosofice, autorul considerând ca cei mai apropiaţi, de propriile preocupări, pe Schopenhauer şi Bergson. În fapt, cartea urmăreşte corelaţia între diverse simptome psihopatologice (reunite în câte un capitol ce ar putea semnifica aria sindromatică) şi diverse disfuncţii cerebrale, mai ales în perspectiva asimetriei dintre cele două emisfere. O menţionăm la acest nivel, datorită faptului că urmăreşte cu hiperpedanterie cât mai multe (dacă nu toate) simptomele (sindroamele) psihopatologice care au fost descrise de-a lungul timpului.
34. ICD-10 (1998), *Clasificarea tulburărilor mintale şi comportamentale*, Simptomatologie şi diagnostic clinic, Ed. All, Bucureşti.
35. AMDP (2000), Preisig, M., Serre, Ch. et all, *Manuel de documentation de la psychopathologie*, Hogrefe-Verlag GmbH & Co.KG, Göttingen.
36. Veil, N.O., (1985), „Dimension of Social Support: a conceptual framework for research", în Social Psychiatry, 20, 160–162.
37. Berner, P., et all, (1987), *Criteres diagnostiques pour les psychoses schizophreniques et affectives*, Ed. Expansion Scientifique Francaise, Paris.
38. Akiskal, H.S., „Mood disorders: Introduction and Overwiev", in Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry (2000), Williams &Wilkins, Philadelphia, 1284–1298.
39. Mundt, Ch., Sass, H.,(1992), *Für und wieder die Einheitpsychose*, Ed. Thieme, Stuttgart.
40. McGorry, P. P., Edwards, J. E., Ed., (1997), Early Psychosis Traning Pack, Maudsleyfield, U.K.
41. Ienciu, M. et all (2001), *Managementul primului episod psihotic*, Ed. Promotal, Bucureşti.
42. Samuel-Lajeuness, B., (1994), „Psychoses délirantes aigues", in Encyclop. Med. Chir., 37–230-A.10.
43. Leonhard, K., (1979), *The classification of Endogenous Psychoses*, John Wiley, New York.
44. Perris, C., (1991), „Cycloid psychotic Disorders" in Seva, A. Ed., The European Handbook of Psychiatry and Mental Health, Saragossa, Vol.1, 1000-1009.
45. La Bruyere, (1966), *Caracterele*, Ed. pentru Literatură, Bucureşti.
46. Kretschmer, E., (1949), *Medizinische Psychologie*, 1 Aufl., Ed. Thieme, Stuttgart.
47. Pervin, L.A., John, O.P., (1999), „Handbook of Personality", Second Edition, The Guilford Press, New York: Clark L.A., Waston D., *Temperament: A New Paradigm for Trait Psychology*, p. 389–423.
48. Schneider, K., (1950), *Die psychopathischen Persönlichkeiten*, 9 Aufl, Ed. Deuticke, Wien.
49. Cleckley, H., (1976), *The mask of Sanity*, 5th ed., CV Mosby, St. Louis.
50. Millon, Th, Davis, R.D., *The Development of Personality Disorders*, in Cichetti, Developmental Psychopathology (21), vol. II, p. 633–673.

51. Pfohl, B., Stangl D. et all, (1983), *Structured interview for DSM-III Personality*, SIDP, University of Iowa.
52. Tyrer, P., Ed. Et all (2000), *Personality Disorders: Diagnosis, Management and Course Second edition*, in Butterworth Heidemann, Oxford.
53. Widiger, T. A., Verheul, R., et all, „Personality and psychopathology", in Pervin Handbook of Personality (39), p. 347–366.
54. Tyrer, P., Gunderson J., and all, (1997), „Special feature extent of comorbidity between mental state and personality disorders", J. of Pers. Dis., 11(3), p. 242–259.
55. Lyons, J., Tyrer, P. et all, (1997), „Special features: a heuristic models of comorbidity of axis I and axis II disorders", J. of Person. Dis., 11 (3), p. 260–269.

Problema corelaţiei între tulburarea episodică (axa I) şi cea de fond a personalităţii (axa II) a fost anunţată din capitolul vulnerabilitate în psihopatologie, unde a fost invocată lucrarea recentă a lui Zuckerman (18). Atragem doar atenţia asupra faptului că acest domeniu este, în continuare, studiat cu insistenţă.

56. Millon, Th., Simonsen, E., et all (1998), *Psychopaty, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York.
57. Livesley, W.J., 1991, „Classifing personality disorders, ideal types, prototypes as dimensions?", J. of Pers. Dis., 5 (1), p. 52–59.
58. Sim, J. P., Romney, D.M., (1990), „The relationship between a circumplex model of interpersonal behaviour and personality disorderes", J. of Pers. Dis., 4 (4), p. 329–341.
59. Huber, G., (1981), *Psychiatrie*, Schattauer Verlag, Stuttgart.
60. „Multiaxial Presentation of the ICD-10 for use" in *Adult Psychiatry* (1997), WHO Geneva, Cambridge, University Press.
61. Psychiatric Disability Assesment Schedule – DAS (1988), WHO Geneva.
62. Clasificarea Internaţională a Afectărilor, Activităţilor şi Participărilor, (CIADH-2) versiunea Beta 1 (1997), WHO Geneva (traducere autorizată în limba română – Dr. R. Vraşti), Jebel.
63. CIDI – Composite International Diagnostic Interview (1993), WHO Geneva.
64. SCID-I, Clinical Version (1996), First M.B., Spitzer R.L. et all, Columbia University, New York.
65. Kraus, A., (1996), „Die Bedeutung der Intuition für die psychiatrische Diagnostik und Klassifikation" in Sass, H, Ed. Psychopathologische Metoden und Psychiatrische Forschung, Gustav Fischer, Jena Stuttgart.
66. Blankenburg, W., „Brief contribution to the problem of indications for hemeneutics in psychiatry", Rev. Intern. de Psychopath., PUF, nr. 2, p. 297–305.
67. Wing, J. K., Brown, G. W., (1970), *Institutionalism and Schizophrenia*, Cambridge University Press.
68. Problema tratamentului medicamentos, în psihiatrie, este aşa de vastă încât, în acest paragraf, e doar menţionată, fără a se mai încerca o bibliografie.
69. Ienciu, M. et all, (1999), *Reabilitarea psiho-socială în schizofrenie şi alte tulburări psihotice*, Ed. Augusta, Timişoara.

3. SUFERINDUL PSIHIC CA CETĂŢEAN

3.1. Aspecte generale

Membrii unei comunităţi istorico-culturale pot avea diverse grade de independenţă şi identitate, pot fi circumscrişi prin diverse statute şi roluri, pe care le joacă în colectivitatea respectivă, continuu sau episodic. Există un nivel supraindividual al existenţei omeneşti care se defineşte prin instituţii şi limbaj discursiv-critic, prin norme şi legi, prin mitologii, tradiţii, teorii ştiinţifice, cultură, spiritualitate. Tot la un nivel supraindividual funcţionează esenţialul practicilor omeneşti, constând din educaţie şi justiţie, medicină, legislaţie, război, muncă productivă sau „practică sacrală". Familia este deja, în mare măsură, o instanţă supraindividuală. Cu atât mai mult, instituţiile prin care se realizează diverse practici. Şi, la fel, comunităţile de locuire – rurală, urbană – structurile societăţii civile la nivel zonal, naţional, sau supranaţional. Toate aceste aspecte ale antroposului nu sunt posibile fără de activitatea şi interacţiunea persoanelor umane conştiente, normale psihic, suferinde sau geniale. Dar şi perspectiva inversă este valabilă.

Bolnavii psihici, ce erau îngrijiţi pe lângă mănăstiri, în „bolniţe", făceau parte efectiv din comunitatea locului. La fel ca cei închişi în marile câmpuri de concentrare ale Vremii Raţiunii – despre care vorbea Foucault – sau alienaţii mintali din azilele sec. XIX şi XX. Chiar dacă ei nu reuşeau să aibă un cuvânt semnificativ de spus în derularea destinelor comunităţii şi chiar dacă despre ei se vorbea puţin, această comunitate umană nu poate fi exclusă din ansamblul „complexului de minorităţi" pe care-l formează o societate dată, aşa cum s-a menţionat la începutul acestei lucrări. La fel cum, pe vremuri – de fapt, până nu demult – erau şi sclavii. Sau, din altă perspectivă, cei condamnaţi juridic să execute o pedeapsă.

Comparaţia cu condamnatul juridic o considerăm importantă. Şi acesta este un „alienat", o persoană ce e înstrăinată, temporar sau definitiv, de la participarea efectivă la destinele comunităţii, un marginalizat social. Şi aceasta, nu doar dacă e închis într-o ocnă de sare sau într-o închisoare, ci şi dacă e decăzut din drepturile civile, dacă are domiciliu forţat, dacă e expulzat – ca Ovidiu, în zona Pontului Euxin – sau este ostracizat, ca pe vremuri, Temistocle. Cel condamnat juridic se află însă în situaţia sa specială în urma deciziei factorilor responsabili ce animă şi susţin practica judiciară a unei comunităţi, ca urmare a violării, de către el, a normelor juridice care o guvernează, în condiţiile unui discernământ valoric personal păstrat. E de aşteptat ca, în perioada executării pedepsei, el să parcurgă o conversiune „moral-spirituală", pentru a se putea reintegra în viaţa comunităţii respective, reluându-şi, ulterior, participarea activă, firească şi responsabilă la destinul său şi al celorlalţi.

În cazul alienatului mintal, neparticiparea sa la rosturile comunităţii rezultă dintr-o incapacitate şi distorsiune interioară a psihismului său conştient. Internarea sa în azil sau spital consfinţeşte, în primul rând, această deficienţă, această perturbare dizarmonică a persoanei. Dar, acum, plasarea sa într-o instituţie care e mai mult sau mai puţin privativă de libertate, neimplicarea sa în comunicarea cu alţii şi coparticiparea la „treburile cetăţii", poate accentua şi agrava minusul antropologic în care s-a prăbuşit; adică, alienarea sa. De aceea, el are nevoie, pe lângă tratamentul specific medicamentos, de stimulare psihosocială, structurată ştiinţific. În cursul sec. XX, internarea suferinzilor (bolnavilor) psihici în spitale de psihiatrie a ajuns să aibă ca scop deliberat tocmai oferirea acestei şanse de reechilibrare prin terapie complexă, medicamentoasă, psihoterapică, de stimulare şi reabilitare psiho-socială, astfel încât ei să fie pregătiţi pentru a reintra firesc în comunitatea semenilor.

Recluziunea alienaţilor mintali, implicând privarea lor de libertate în sens socio-juridico-politic, se desfăşura în paralel cu o serie de condiţii de viaţă caracterizate prin monotonie, reducere a stimulării, stereotipie (în plan informaţional, al acţiunii, al relaţiilor cu alte persoane şi cu situaţii noi). Pentru cel condamnat juridic, această situaţie realizează o pedeapsă, care-l face să-şi dea seama de ceea ce a pierdut, să-i creeze condiţiile de meditaţie pentru o reconversie interioară; şi, odată eliberat, să înţeleagă mai bine rostul firescului şi bogăţiei libertăţii vieţii de zi cu zi. Pentru suferindul (alienatul) mintal, condiţiile menţionate reprezintă o situaţie ce poate agrava starea sa psihopatologică. Adică, lipsa stimulării îl face să-şi piardă şi mai mult curiozitatea, dorinţa de asociere şi colaborare, interesul pentru informaţii şi noutăţi, tendinţa de a acţiona, de a face

ceva semnificativ şi util, de a crea. Substimularea instituţionalizării clasice agravează progresiv suferinţa (boala) psihică, favorizând cronicizarea (67).

După mijlocul sec. XX, în Europa şi America de Nord se produce o schimbare de mentalitate privitoare la bolnavul psihic, în ceea ce priveşte relaţiile sale cu ceilalţi, cu comunitatea. Aceasta s-a petrecut în paralel cu descoperirea unor medicaţii biologice mai eficace, ce cresc şansa remisiunii şi diminuă recăderile. Dar şi concomitent cu o tendinţă crescută anti-dictatorială şi prodemocratică, în consonanţă cu „Declaraţia drepturilor omului" şi cu promovarea ideii de sorginte kantiană, a respectului nelimitat pentru persoana umană „în sine" (care nu trebuie abordată, din principiu, ca mijloc „utilitar"). Câteva aspecte de bază ale acestei orientări pot fi considerate următoarele:

– Mutarea accentului de la îngrijirea în instituţii bine delimitate de marea societate, spre acordarea tratamentului şi sprijinului cât mai aproape de locul de existenţă a individului.

– Sectorializarea îngrijirilor, în sensul că o zonă comunitară, pe cât se poate nu prea mare şi relativ bine delimitată, să-şi ia responsabilitatea prevenţiei, tratamentului şi îngrijirii propriilor cetăţeni vulnerabili sau care ajung să se decompenseze sub forma unei tulburări psihice. Acest fapt nu e posibil fără acţiunea conjugată a unei echipe complexe, din care psihiatrul este doar unul din membri, alături de psiholog, asistent medical şi social, sociolog, ergoterapeut.

– Creşterea toleranţei populaţiei faţă de bolnavul şi defectivul psihic, faţă de cei ce au trecut prin boală sau pentru cei vulnerabili.

– Interesul acordat bunei funcţionări a vieţii de zi cu zi în comunitatea umană firească şi apropiată, a persoanelor ce au avut sau au tulburări psihice de diverse tipuri şi cu intensităţi. Aceasta înseamnă un interes crescut pentru detaliile vieţii în comunitate. Şi, în cele din urmă, pentru calitatea vieţii ce o trăieşte suferindul psihic şi cei ce-i sunt apropiaţi, pentru nevoile pe care ei le resimt – şi ar fi firesc să le pretindă – conjugate cu ofertele pe care comunitatea zonală i le poate oferi.

– Diversificarea ofertelor pentru „beneficiarii" serviciilor de sănătate mintală, care ar urma să nu mai depindă doar de zona medicalizată a societăţii, ci să cuprindă diverse sectoare ale comunităţii, inclusiv voluntari şi familii substitutive.

Acest scurt inventar problematic, ce va fi parţial dezvoltat în continuarea capitolului, aduce în discuţie un aspect special al psihiatriei, altul decât cel clasic al „psihiatriei clinice" bazată pe studierea şi tratarea bolnavului mintal instituţionalizat în clinica de psihiatrie. Este vorba de ceea ce a fost denumit în

ultimele decenii ale sec. XX drept „psihiatrie comunitară". Şi care, se articulează strâns cu mişcarea ce s-a autointitulat „promovarea sănătăţii mintale", înţeleasă într-un sens pozitiv antropologic (echilibru, armonie, creativitate, împlinire etc.) şi nu doar ca lipsa suferinţei şi bolii psihice (70). Faptul că, anul 2001 a fost decretat de către Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) Anul sănătăţii mintale, capătă în acest sens o semnificaţie cu totul deosebită, la început de veac şi de mileniu.

3.2. Reforma instituţională

Încă din secolul trecut s-a ridicat problema diferenţierii dintre internarea voluntară (la cerere) într-o instituţie de psihiatrie şi cea obligatorie, involuntară. Această problemă nu a fost însă dezbătută serios până în ultimii 50 ani. În mod tradiţional, pentru internare existau la dispoziţia celor tulburaţi mintal (a „bolnavilor mintali", a „nebunilor") azile sau spitale de psihiatrie. Ele continuau ideea segregării acestor oameni, atitudine începută în Europa încă din sec. XVII. Adică, instituţiile respective erau construite în afara sau la marginea comunităţilor umane, stabilindu-se astfel şi fizic o îndepărtare de acestea. Idee ce a fost preluată de spitalele sau secţiile de boli contagioase şi boli dermato-venerice. Apropierea dintre aceste trei domenii de patologie, pe care societatea dorea „să le ţină la distanţă", s-a menţinut până în sec. XX. Fiind concepute ca entităţi relativ izolate, spitalele de psihiatrie au trebuit să se doteze, prin structură şi organizare, cu toate cele necesare. De aceea, încă din secolul trecut, ele şi-au organizat în jurul lor terenuri agricole, gospodării anexe de creştere a animalelor, moară, brutărie, diverse ateliere (în ţara noastră avem exemplul Spitalului de la Sibiu, construit în mijlocul secolului XIX). În toate aceste locuri de muncă puteau activa şi cei internaţi, instituindu-se un fel de ergoterapie. Se menţinea astfel autonomia, dar şi separarea spitalului de restul comunităţii.

Evoluţia a fost în mai multe direcţii. Pe de o parte, prin expandarea oraşelor în sec. XX, multe spitale, ce se aflau în afara sau la periferia acestora, au ajuns să fie incluse în urbe (de exemplu, Socola la Iaşi şi Spitalul Obregia la Bucureşti). Pe de altă parte, ideea ca un spital de psihiatrie (de „neuro-psihiatrie") să fie plasat chiar în comunitatea urbană, nu a mai fost refuzată. O altă idee a fost aceea ca spitalele generale, cu diversele lor specialităţi, să fie clădite într-o zonă care să cuprindă şi un pavilion de psihiatrie (de obicei, plasat mai la marginea celorlalte

clădiri, ca la Cluj şi Lugoj, în ţara noastră). Ideea unor „secţii de psihiatrie" a spitalelor generale s-a dezvoltat progresiv, mai ales după 1950, fiind, în prezent, unanim acceptată. Prin aceasta, pacientul cu tulburări psihice este formal asimilat celorlalţi bolnavi; se reduce segregarea şi se evită internările prelungite, mult mai dificile într-o secţie psihiatrică a unui mare spital decât într-un spital de psihiatrie izolat.

Trecând în revistă diverse modalităţi de îngrijire din perspectivă instituţională, dar şi „spaţială", putem menţiona următoarele aspecte, prezente şi în psihiatria contemporană (71).

Internarea în Staţionarul (Spitalul) de zi. Acest model a început să funcţioneze din prima jumătate a veacului XX, dar în ultimele decenii s-a dezvoltat impetuos. Pacientul beneficiază de o internare parţială (6–8 ore/zi), în rest, întorcându-se la domiciliu şi în comunitate. Alături de internările scurte, ce deveneau posibile prin secţiile de psihiatrie ale spitalelor generale, Staţionarul de zi asigură o serie de facilităţi, între care menţionăm:

– Posibilitatea unei readaptări progresive la viaţa familială şi socială, după o internare mai îndelungată sau mai scurtă într-un spital sau o secţie de psihiatrie. Pacientul rămâne sub supraveghere, astfel încât modul şi posibilităţile sale de adaptare pot să fie observate atent.

– Posibilitatea unei observaţii şi a unui diagnostic nuanţat, fără o internare propriu-zisă; iar drept consecinţă, prescrierea celui mai adecvat mod de terapie, fără o ruptură în raport cu relaţiile şi preocupările sale firești.

– Posibilitatea dezvoltării progresive a unor programe de reabilitare pentru pacienţii cu defect nu doar clinic, ci şi social. Şi la fel, începerea unui program de psihoterapie.

Mai este de menţionat că formula Staţionarului de zi este mai uşor acceptată de către pacienţi şi de către familiile lor şi este mai ieftină în perspectiva cost/eficienţă. Acest tip de instituţie, precum şi altele, ce le vom menţiona, scurtează efectiv durata internărilor în spitalele de psihiatrie, reducând consecinţele psihologice negative ce rezultă din spitalizări prelungite şi, implicit, costurile ridicate pe care le presupun.

Centrul de Sănătate Mintală (C.S.M.). Acesta este o instituţie plasată în ambulator, menită să realizeze şi să coordoneze o serie de acţiuni pentru pacienţii psihici aflaţi în comunitate, preluaţi în evidenţă şi monitorizare, în vederea prevenţiei primare, secundare şi terţiare, inclusiv în sensul dirijării spre programe de reabilitare. Desigur, el se articulează flexibil şi eficient cu celelalte instanţe instituţionale deja amintite. Activităţile C.S.M. se întind pe o arie largă, astfel încât

implică şi alte aspecte instituţionale ce vor fi menţionate în continuare. Între serviciile, funcţiile şi instituţiile corelate C.S.M. menţionăm:

– Supervizarea developmentală şi de-a lungul ciclurilor vieţii a cazurilor cu risc crescut pentru îmbolnăviri psihice;

– Evidenţa şi „managementul" persoanelor cu tulburări psihice, reziduale, cu stări defective sau a celor rămaşi vulnerabili după episoade psihopatologice. În unele ţări, inclusiv România, această activitate este tradiţional cunoscută sub denumirea de „dispensarizare". În cadrul C.S.M. pentru adulţi funcţionează, de obicei, o echipă complexă, formată din psihiatru, infirmier specializat, asistent social, psiholog, ergoterapeut, psihopedagog şi posibil alţi specialişti (precum sociolog, jurist etc.). Cazurile pot fi îndrumate către C.S.M. de Spitalele sau Serviciile de psihiatrie, de Staţionarele de zi sau medicii de familie. Ele sunt evaluate nu doar din punct de vedere psihopatologic, ci şi a eventualului „defect social", disabilitate, handicap sau dificultate de funcţionare în roluri, ceea ce duce la un deficit de integrare socială. Şi, de asemenea, din perspectiva locuinţei, a relaţiilor cu familia şi vecinii, a desfăşurării vieţii zilnice. Obiectivul managementului este obţinerea şi menţinerea unei cât mai bune stări mintale şi de inserţie socială. Se au în vedere administrarea constantă a tratamentului medicamentos de întreţinere, fapt ce presupune o bună complianţă, dar şi diverse terapii psihologice (individuale, familiale etc.), programe de reabilitare, rezolvarea unor probleme sociale (locative, sau legate de drepturile civile), urmărirea şi tratamentul cazului, cu ocazia decompensărilor scurte sau mai prelungite, dar nu intense. Medicul psihiatru este figura centrală în funcţionarea echipei. Dar, pentru anumite cazuri, mai importante pot fi problemele psihoterapeutice girate de psiholog sau cele sociale girate de asistentul social. De aceea, după o temeinică evaluare, echipa defineşte din rândul ei, pentru fiecare caz, un anumit „manager", bine determinat, care preia supervizarea tuturor problemelor „consumatorului de sănătate mintală", deci a cazului respectiv, indiferent de specialitatea acestuia. Acesta ţine evidenţa stării de sănătate şi inserţie socială, a tuturor problemelor sale, a eficienţei tuturor intervenţiilor pe care le realizează echipa terapeutică. El însoţeşte cazul la urgenţe sau cu ocazia internărilor, menţine legătura cu familia, dar şi cu medicul de familie sau cu alte servicii medicale în cazul apariţiei unor boli somatice. Periodic, întreaga echipă face bilanţul cazului, iar, după necesităţi, unii din membrii acesteia se implică temporar mai mult pentru soluţionarea diverselor probleme specifice.

– Staţionarele de zi şi centrele de sănătate mintală activează, de obicei, în corelaţie şi articulaţie cu un serviciu clinic, cu paturi, aflat şi el în comunitate, într-un anumit teritoriu, nivel la care se rezolvă şi „urgenţele psihiatrice". Aceste

urgenţe sunt de mai multe tipuri. Unele se referă la stările de agitaţie agresivă sau de mare periculozitate (pentru sine şi pentru alţii) ale bolnavilor psihici, fapt ce necesită o internare. În schimb, altele se referă la stări de „criză sufletească", individuală sau a cuplului, a familiei. Aceasta necesită „intervenţia în criză" care, de obicei, constă în discuţii de tip psihoterapie, în diverse forme de „consiliere psihologică", de variate intensităţi şi durate. Consilierea se realizează nu numai la nivelul C.S.M., ci şi în familie, în şcoli, la locul de muncă etc., prin deplasarea unei echipe mobile.

În acelaşi context se cer menţionate liniile telefonice de urgenţă pentru persoanele cu ideaţie şi intenţie suicidară („hotline"). Acestea necesită prezenţa, 24 de ore continuu, a unor persoane competente la capătul unui telefon al cărui număr e cunoscut de comunitate, la care se poate vorbi gratuit. Cei ce prestează astfel de servicii nu sunt, de obicei, medici, ci persoane special instruite, cu formare sau înclinaţie în direcţia psihologiei, asistenţei sociale, psihopedagogiei. Astfel de servicii se pot corela cu activitatea C.S.M. sau pot funcţiona independent.

Cluburile psihiatrice. Acestea reunesc, o dată sau de două ori pe săptămână, într-un anumit loc, câţiva pacienţi („beneficiari" ai serviciilor de sănătate mintală) care petrec un timp împreună, de obicei cu activităţi de socioterapie, ocupaţionale, sportive şi distractive. Ocazie pentru a creşte interacţiunea dintre aceştia, de a favoriza noi relaţii interumane şi, în general, integrarea socială a pacienţilor. Aceştia urmează şi alte programe de reabilitare, mai ţintite, cum ar fi: – Antrenamente pentru creşterea capacităţii de a rezolva probleme şi de a interacţiona cu alţii; – Activităţi de melo şi kinetoterapie realizate în grup (formele concrete pot fi foarte variate: audieri muzicale, practicarea activă a muzicii vocale şi instrumentale, spectacole muzicale, kinetoterapia de grup, jocuri sportive, piscinoterapie etc.); – Activităţi de exprimare plastică şi de creativitate prin desen şi pictură, reproductivă şi productivă, activităţi cu materiale plastice, ţesături şi împletituri etc.; – Programe ţintite pe anumite defecte psihopatologice, cum ar fi cele de atenţie şi memorie (de ex., programe IPT în schizofrenie) etc.

Centrele de reabilitare psiho-socială. Acestea au ca obiectiv esenţial creşterea autonomiei şi a integrării sociale a persoanelor cu tulburări sau defecte psihice. Există mai multe nivele şi obiective ale reabilitării. Aspectul esenţial este cel al menţinerii sau creşterii, până la un nivel optim, a capacităţilor de auto-îngrijire, de vieţuire decentă, coerentă şi eficientă acasă, în familie şi comunitate, fără efectuarea unor sarcini speciale. Acest obiectiv minimal cuprinde: menţinerea igienei personale; – menţinerea ordinii şi curăţeniei în propria casă;

– minime abilităţi de autogospodărire în perspectivă alimentară; – abilitatea deplasării în comunitate, inclusiv cu mijloacele de transport în comun; – utilizarea banilor; – efectuarea de cumpărături strict necesare; – menţinerea unor relaţii civilizate cu vecinii. Pentru atingerea acestui obiectiv există programe de antrenament în „exercitarea abilităţilor pentru viaţa cotidiană", pe care le poate practica un specialist în terapie ocupaţională (ergoterapie), dar şi un asistent social, un psiholog, un infirmier calificat şi antrenat adecvat. Programele au drept punct de plecare inventarul abilităţilor şi modalităţilor efective de desfăşurare a vieţii cotidiene ale unui individ dat şi se realizează printr-un plan de exerciţii. Se speră într-o ameliorare evidenţiabilă obiectiv, după un anumit timp.

– La un nivel puţin crescut şi diferenţiat, reabilitarea psiho-socială (r.p.s.) are şi alte obiective, precum: asigurarea unor contacte şi relaţii interumane suficiente, marcate de coexistenţă, cooperare, integrare, participare la unele aspecte ale vieţii sociale; – stimularea exercitării unor roluri sociale bazale, cel puţin la nivel minimal. Pentru asigurarea acestor obiective, echipa ce supraveghează managementul cazului, fie că e plasată într-un C.S.M., fie într-un staţionar clinic sau de zi, sau într-o policlinică, apelează la diverse acţiuni menţionate în paragraful precedent (privitor la „cluburile psihiatrice"), precum şi la alte metode psiho(socio)terapeutice. Locul de desfăşurare al programelor poate fi în staţionare (cu internare completă, staţionare de zi şi/sau de noapte), precum şi în C.S.M. (cu structurile ce-i pot fi complementare), sau acasă. Semnalăm de la acest nivel perspectiva – pe care psihiatria comunitară a cultivat-o – ca o „echipă mobilă" (sau unu, doi membri ai acesteia) să se deplaseze la domiciliul pacientului, cel puţin temporar, pentru a iniţia şi desfăşura activităţi dintre cele menţionate în acest paragraf.

Exercitarea rolurilor sociale de autoîngrijire, habitat, marital, parental, de relaţionare socială pe teme diverse, poate fi realizată prin instanţele deja menţionate. În cazul rolului social profesional, situaţia devine diferită, în măsura în care se are în vedere fireasca sa exercitare, ca persoană angajată nediscriminator în plan comunitar, cu drepturile, obligaţiile şi remuneraţia respectivă. Acesta este un obiectiv major al reabilitării vocaţionale. Realizarea sa, în timp, presupune depăşirea unor stadii de etapă. Un rol important îl joacă terapia ocupaţională, ergoterapia, antrenamentul pentru exercitarea unei profesii. Importante sunt şi „atelierele de antrenament şi de lucru protejate". În acestea, individul exersează alături de instructori şi alte persoane neafectate mintal, în exercitarea unor deprinderi pentru producerea unor bunuri sau servicii utile comunităţii. Subiectul trebuie să fie motivat pentru aceasta, fapt ce, uneori, presupune o fază preliminară de pregătire. În final, realizarea unor produse ce pot fi valorificate material – pacientul fiind recompensat în consecinţă – este un factor important al creşterii stimei de sine, al sentimentului de independenţă şi autonomie. Faptul se poate realiza în diverse instituţii de tip „atelier protejat", plasat fie în orbita serviciilor medicale, fie în cea a asociaţiilor nonguvernamentale a pacienţilor şi/sau aparţinătorilor lor, fie într-un sistem oficial zonal, naţional care susţine legislativ, prin anumite facilităţi, astfel de „locuri de muncă" în instituţiile ce acţionează pe piaţa concurenţială. Ultimul obiectiv este reinserţia profesională completă, nediscriminatorie şi liberă de orice condiţionare administrativ-legislativă, care redă subiectului sentimentul existenţei sale depline şi fireşti de cetăţean al comunităţii.

Un alt aspect important îl constituie locuinţele protejate, aşa-numitele „hostel"-uri. Ele sunt plasate în comunitate, printre locuinţele cetăţenilor obişnuiţi, având diverse forme de organizare (garsoniere, locuinţe pentru 2-3 persoane, sau cu structură familială). Aici stau persoane ce au trecut printr-un tratament psihiatric, rămânând în condiţia „managementului" de caz. Persoanele în cauză se autogospodăresc, pot participa la activitatea staţionarului de zi, la C.S.M., la cluburi, ateliere protejate şi alte diverse forme de psiho-socio-terapie sau de reabilitare psiho-socială. Ele sunt, parţial, supervizate de echipa ce realizează managementul. Trăind majoritatea timpului în comunitate şi nu în spital, se evită substimularea consecutivă acestei situaţii şi e favorizată menţinerea sau chiar creşterea abilităţilor. În locuinţele protejate sunt, uneori, plasate persoane cu tulburări psihice, care nu au suport social sau nu mai sunt tolerate de propria lor familie; şi care, conform bilanţului psihopatologic, nu ar necesita tratament prin internare în spital. Problema locuirii în comunitate, a suferindului psihic, este dintre cele mai importante pentru psihiatria comunitară. De aceea, pe lângă asistenţa la domiciliu, prin acţiunea unor echipe mobile ce se deplasează, de câte ori e nevoie, acasă la pacient, pe lângă hostel-urile menţionate mai sus, s-au dezvoltat şi alte sisteme, dintre care menţionăm „plasamentul familial". Acesta are o lungă tradiţie, mai ales în mediul rural. După o perioadă de eclipsă, el este reactualizat. O familie, testată de către o echipă complexă, care evaluează echilibrul său psihologic, starea sa locativă şi materială, poate primi, contra cost, pentru a menţine în societate, un fost pacient, mai mult sau mai puţin defectiv psihic. Ea este controlată periodic, pentru a se vedea în ce măsură îşi îndeplineşte obligaţiile şi nu exploatează, în beneficiul propriu, resursele pacientului. Iar acesta se află în regimul unui management psihiatric eficient, aşa cum s-a menţionat mai sus.

3.3. Sectorializarea

La prima vedere poate apărea straniu că această problemă apare în prim plan într-o perioadă istorică în care dinamica spaţial-locativă a populaţiei pare a fi într-o continuă creştere. Totuşi, observaţii şi studii mai atente evidenţiază că, de sute de ani, în Europa există o mobilitate populaţională continuă. Şi totuşi, cota parte a „celor ce rămân pe loc" este încă net superioară celor ce pleacă, rupându-se de zona lor natală; şi/sau vin pentru a se stabili pentru o perioadă într-o anumită zonă populaţională (cu excepţia colonizărilor ce s-au derulat în manieră sistematică şi planificată în ultimele veacuri).

Pentru problemele ce interesează serviciile de sănătate mintală, poate fi luată ca referinţă Marea Britanie, ţară care, pe lângă faptul că are cea mai bună reţea de medici de familie (G.P.) din lume, a dezvoltat eficient şi psihiatria comunitară teritorializată. Şi aceasta, cu toate că, aici, teritorializarea psihiatrică nu a fost stipulată printr-o lege anume, aşa cum s-au petrecut lucrurile în Franţa şi SUA. În concepţie britanică, teritorializarea se referă la faptul că o zonă geografic-comunitară – cum ar fi cea de tipul unui judeţ din România, sau a unei regiuni de tip Banat, Oltenia, Maramureş, Dobrogea etc. – să preia responsabilitatea asigurării optime a sănătăţii mintale în teritoriul respectiv, pe baza unui anumit buget solicitat şi fundamentat pe argumente pertinente. Această „asigurare optimă a sănătăţii mintale" presupune un număr cât mai redus de cazuri de îmbolnăvire, reducerea timpului (şi costului) spitalizărilor, prevenţia recăderilor, asigurarea unor programe de management şi reabilitare, care să permită prezenţa nedisfuncţională a suferindului psihiatric defectiv în comunitate, un nivel bun al calităţii vieţii pentru pacienţi, familiile lor, rude şi vecini, pentru comunitate. Bugetul furnizat – ce derivă din contribuţia comunităţii – se cere astfel administrat încât instituţiile, programele, activităţile ce se desfăşoară pe baza sa, să conducă într-un timp determinat, la un nivel optim şi mereu ameliorat al sănătăţii mintale. Faptul presupune că, cei responsabili de problemă, vor decide cât din fondul financiar alocat se va investi în spitale şi secţii de spitale, în staţionare de zi şi C.S.M., în programe de reabilitare şi hosteluri etc. Faptul pretinde, desigur, evaluări periodice (la 2, 3, 5 ani), pentru a se aprecia dacă politica în domeniu e bine aleasă, dă roade sau nu. Responsabilitatea supervizării tratamentului şi întreţinerii sănătăţii mintale revine, deci, comunităţii prin reprezentanţii săi aleşi. (concomitent cu zonele administrativ-geografice se au în vedere şi teritorii mai reduse, precum un oraş sau un orăşel cu împrejurimile sale etc.). O concepţie, ca

cea expusă mai sus, e, desigur, atentă nu doar la mobilitatea populaţiei, ci şi la interferenţa dintre patologia – sănătatea mintală – şi alţi factori ce condiţionează perturbări în sănătatea generală sau în viaţa socială. Prezenţa într-o regiune a unei radioactivităţi crescute, prevalenţa exagerată a unor boli somatice, perioade epidemico-infecţioase, situaţii toxico-alimentare sau carenţiale de substanţe esenţiale existenţei biologice pot influenţa indirect sănătatea mintală. Şi la fel, standardul economic de viaţă în zonă, nivelul şomajului, prevalenţa toxicomaniilor, densitatea populaţiei, rata criminalităţii şi suicidurilor pot fi corelate (biunivoc) cu starea de sănătate mintală.

În perspectiva teritorializării, un rol important îl joacă particularităţile demografico-culturale, tradiţia (habitudinile locale), legislaţia şi datele epidemiologice. Dar, dincolo de aceste aspecte, ce intenţionează să responsabilizeze pe cei direct implicaţi în problemă, ne lipseşte şi o strategie globală, la nivel „naţional".

Un teritoriu delimitat poate fi dens sau rar populat, cu cetăţeni predominant tineri sau bătrâni, mai mult sau mai puţin instruiţi, având ocupaţii predominant agricole sau industrial administrative. De asemenea, populaţia poate fi omogenă sau nu din punct de vedere etnic şi religios, cu tradiţii culturale bine stabilite şi rigide, sau laxe, mobile. Toate aceste aspecte (şi multe altele) variază în timp, astfel încât durata de evaluare, ce e avută în vedere, poate fi de 1 an, de 10 ani sau 50–100 ani. Cadrul normativ-legislativ este şi el important, pentru că acesta asigură jaloanele vieţii civice, şi în acelaşi timp, reglementează funcţionarea instituţiilor şi practicilor medicale, în general, şi a celor psihiatrice, în special. Cele două aspecte sunt intercondiţionate, alta fiind semnificaţia unei anumite legislaţii medical-psihiatrice într-un regim politic cu norme şi funcţionare totalitară, cu norme şi funcţionare democratică echilibrată sau cu norme şi funcţionare anarhică. Privitor la psihiatrie, legislaţia prevede şi regimul internărilor şi a tratamentului obligatoriu pentru bolnavii cu periculozitate crescută sau pentru cei care au comis deja acte sancţionabile prin lege. Psihiatria nu poate să-şi refuze apelul la astfel de legislaţii, păstrând tot timpul o deschidere în direcţia implicării comunităţilor locale în astfel de probleme, a creşterii toleranţei pentru cazurile psihiatrice, fără a risca, în acelaşi timp, punerea în pericol a populaţiei. În acest domeniu, psihiatrul nu trebuie lăsat singur, ci se cere ca el să fie susţinut de variate segmente ale comunităţii, care găsesc „tăietura de aur" între toleranţă şi integrare, pe de o parte, şi impunerea tratamentului obligatoriu, pe de altă parte, chiar atunci când acesta din urmă este, în mare măsură, rigid din punct de vedere exterior, adică ia forma de tipul recluziunii penitenciare. Esenţial este ca,

din perspectiva serviciilor ce asistă pacientul internat, după un procedeu sau altul al normativităţii socio-juridice şi cel al serviciilor comunităţii ce urmează să-l reprimească, atât distincţia, cât şi tranziţia să fie bine definite şi să funcţioneze eficient.

Pentru o bună organizare a serviciilor, programelor şi activităţilor terapeutice şi preventive în psihiatrie şi sănătate mintală, e necesar să existe o adevărată şi îndelungată evidenţă epidemiologică. Aceasta presupune, în esenţă, cunoaşterea incidenţei şi prevalenţei tulburărilor psihice. Faptul nu e deloc uşor, chiar pentru cei ce se străduiesc ani şi decenii în această direcţie. Deoarece, atât incidenţa, cât şi prevalenţa depind, în primul rând, de faptul înregistrat; iar acesta depinde, la rândul său, de instanţele capabile să-l înregistreze. Din acest punct de vedere, se decantează o imagine epidemiologică pasivă, ce derivă din cunoaşterea celor ce s-au adresat serviciilor de specialitate şi au fost diagnosticaţi ca atare. Chiar şi la acest nivel pasiv se poate remarca faptul că multe servicii medicale nepsihiatrice nu identifică, nu înregistrează şi nu comunică suferinţa psihică concomitentă altor tulburări somatice (deşi, uneori poate sta la baza acestora, în perspectivă psiho-somatică). Apoi, însăşi înregistrarea psihiatrică depinde de numărul instituţiilor şi specialiştilor existenţi într-o zonă şi de competenţa lor. Mai adăugăm faptul că, d.p.d.v. epidemiologic – la fel ca în perspectivă clinică – se poate face o distincţie între episod şi boală. O persoană care, într-un an, are 3 consultaţii sau 3 internări psihiatrice, poate fi considerată ca un unic caz cu recăderi şi nu ca apariţia de 3 ori a maladiei. Pentru clarificarea acestor probleme, s-a instituit, de mulţi ani, metoda „Registrului de cazuri". În aceste registre sunt introduse toate cazurile noi; iar pentru fiecare din acestea, e menţionată fiecare nouă recădere sau consultaţie psihiatrică. Se consideră că, după aproximativ 5 ani, funcţionarea corectă a unui registru de cazuri, într-un teritoriu, poate oferi o imagine suficient de adecvată asupra prevalanţei. Pentru completarea cunoaşterii fenomenului epidemiologic, se mai pot efectua acţiuni care relevă „prevalenţa punctiformă". Pentru aceasta, se înregistrează într-o zonă dată, într-o anumită zi a anului, toate cazurile cu tulburări psihice internate sau aflate în consult. Dar, în vederea unei cunoaşteri cât mai adecvate a prevalenţei (şi incidenţei) reale, metoda corespunzătoare este cea a studiilor populaţionale active. În cadrul acestora sunt vizate toate persoanele existente într-o zonă – sau un eşantion reprezentativ al acestora – abordate într-un interval de timp determinat, investigate prin metode standardizate şi validate, obţinându-se, astfel, imaginea cazurilor cu diagnostic psihiatric pozitiv şi negativ, dintr-un teritoriu

dat. (Problemele metodologice pentru astfel de cercetări sunt deosebit de complexe: nu doar că se cere a se ţine seama de cazurile ce nu se află temporar în zonă, dar nu trebuie ignorate spitalele de orice tip – inclusiv cele de psihiatrie – închisorile, diversele medii sociale etc.).

În ciuda imenselor dificultăţi, epidemiologia psihiatrică se străduieşte continuu să asigure informaţiile de bază pentru politica de sănătate mintală în diverse teritorii ale lumii. Iar efortul şi responsabilitatea în domeniu se cer a fi asumate de cât mai multe ţări, provincii, oraşe etc., realizările putând fi un indicator al seriozităţii şi eficienţei psihiatriei comunitare în zona respectivă.

Teritorializarea presupune, pentru psihiatria comunitară, cunoaşterea de cât mai mulţi a tuturor posibilităţilor şi facilităţilor de terapie şi reabilitare aflate la dispoziţie. Desigur, nu se pune problema unui centru de dirijare unic şi atotputernic. Dar o coordonare e obligatorie; şi mai ales sunt necesare bilanţuri periodice, constatarea obiectivă a zonelor nefuncţionale, propuneri pentru noi formule de acţiune. Psihiatria comunitară, din perspectiva ei „teritorială", ridică problema existenţei unui „stat major" calificat, care să aibă cel puţin un rol consultativ (dacă nu, şi – din când în când – decizional). Autoreglarea sistemului este optimă, dacă e filtrată prin sintezele competente ale unei echipe specializate şi bine orientată în problemă.

Ideea sectorializării nu ar putea funcţiona în cadrul psihiatriei comunitare, dacă nu se asigură o strânsă legătură între toate nivelele şi instanţele psihiatriei şi medicii de familie (generalişti). Aceştia sunt cei care posedă cele mai multe informaţii medicale – şi corelative problemelor medicale – pentru populaţia unui teritoriu definit. Dacă sunt zone descoperite din punct de vedere al generalistului, acolo nu poate funcţiona bine nici psihiatria comunitară. Dar e nevoie de şi mai mult. Acest medic, ce se află la baza piramidei medicale, trebuie să aibă un set de cunoştinţe psihiatrice suficient de solide, atât prin formarea sa, cât şi întreţinute pe parcurs. S-au elaborat în întreaga lume, precum şi în România, materiale informative din domeniul psihiatriei, dedicate special medicului generalist (72, 73, 74). El trebuie să se menţină într-o bună legătură cu toţi specialiştii. Iar dintre aceştia, în mod special, cu psihiatrii. S-a dovedit pe plan mondial că 15–20 % din consulturile medicului de familie se referă la – sau are implicaţii cu privire la – tulburările psihopatologice, care pot fi, la acest nivel, nu doar identificate precoce, ci şi tratate în primă linie (depresia, anxietatea, insomnia). Legătura directă (prin scris, telefonic, prin contact direct) între generalist şi membrii C.S.M. asigură şansa unei acoperiri a teritoriului cu un bun

program de sănătate mintală. Şi nu trebuie uitat că, tot la nivelul generalistului, se poate identifica precoce alcoolismul maladiv, demenţa, riscul suicidar etc.

Cunoaşterea morbidităţii psihiatrice – incidenţa, prevalenţa – reprezintă un aspect ce stă la baza elaborării programelor de sănătate mintală, preventive, terapeutice, precum şi în perspectiva globală a psihiatriei comunitare. Pe măsură ce cresc cunoştinţele în domeniu, se amplifică şi obiectivele. Teoria vulnerabilitate/stres a permis o tot mai activă orientare spre profilaxia primară într-un teritoriu dat. Astfel, sunt consideraţi ca fiind mai vulnerabili, pentru a dezvolta la vârsta adultului tânăr o psihoză schizofrenă, copiii născuţi la sfârşitul iernii (în emisfera nordică), din mame schizofrene (şi, eventual, cu încărcătură genetică suplimentară pentru această boală), care au avut de suportat o boală a mamei, în lunile 3–4 de sarcină, au avut o naştere dificilă şi au crescut, primii 3–5 ani, într-o familie cu comunicare distorsionată. Sau, ar fi mai vulnerabili pentru alcoolism maladiv, băieţii născuţi din taţi alcoolici, care cresc în familia de origine în care există importante distorsiuni relaţionale (comunicative şi comportamentale) între părinţi. Vulnerabilitatea psihică poate fi circumscrisă uneori doar la aspecte psiho-sociale; în această categorie ar intra copiii crescuţi, în primii ani, în instituţii fără programe diferenţiate, copiii „instituţionalizaţi". Supervizarea grupurilor populaţionale, cu risc crescut pentru tulburările psihice, este un obiectiv important al psihiatriei comunitare dintr-un teritoriu anumit. Doar că ea nu poate fi realizată global şi direct. Ca prim moment, se cer selectate anumite grupe populaţionale şi utilizate serviciile unor intermediari, cum ar fi educatorii, învăţătorii, chiar medicul de familie sau familia însăşi. Se ridică probleme şi privitor la posibilitatea intervenţiei în viaţa intimă a familiei. Totuşi, cei ce au în vedere sănătatea mintală a unui anumit teritoriu, nu pot ignora problema. După cum, nu pot să nu acorde importanţă internărilor precoce, depistării din timp a tulburărilor de memorie ale persoanelor în vârstă etc., precum şi continuităţii îngrijirilor din staţionar şi ambulator, ce se cer efectuate de aceeaşi echipă terapeutică.

Promovarea sănătăţii mintale, într-un teritoriu anume, ţine cont şi de tradiţiile şi practicile culturale ale populaţiei majoritare şi ale subgrupurilor etnico-politico-religioase. Nu există o reţea unică şi simplă pentru promovarea sănătăţii mintale. Sublinierea multiplelor faţete e importantă pentru luciditate în acţiune a celor ce se angajează pe acest drum.

3.4. Toleranţa faţă de suferindul şi defectivul psihic

Istoria Europei – deci, cea a civilizaţiei şi culturii contemporane dominante – ne-a lăsat drept moştenire o intoleranţă faţă de bolnavul şi defectivul psihic, faţă de cei cu „tulburări psihice şi comportamentale". Aşa cum deja s-a menţionat, această rejecţie este evidentă în Europa occidentală, cea în care se multiplică exponenţial oraşele, şi parcurge, ulterior, „revoluţia industrială" imediat după Renaştere, când începe ceea ce Foucault a denumit „marea recluziune"; şi care a persistat, sub diverse forme, până în prezent. De aceea, unul din obiectivele majore ale Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie şi a Diviziei OMS de promovare a sănătăţii mintale se referă tocmai la programe coerente de „destigmatizare" a bolnavilor psihici – mai ales a schizofrenilor – necesare a se desfăşura în întreaga lume. Procesul e în curs de implementare. Dar, deşi expresia de „program anti-stigma" e relativ recentă, eforturile psihiatrilor şi a prietenilor pacienţilor psihici, pentru a facilita acceptarea şi integrarea lor în comunitate, datează de multe decenii. Aceasta, desigur, în comunităţile de tipul civilizaţiei europene; căci, înaintea sau în afara acestui moment istorial, procesul recluziunii şi stigmatizării este mai puţin pregnant. Societăţile tradiţionale mai „primitive" îşi acceptau minoritatea bolnavilor şi defectivilor psihici cu o toleranţă mult mai mare decât a făcut-o Europa occidentală, promotoare a raţionalităţii, productivităţii eficiente şi a legiferărilor specifice „epocii moderne".

Programele actuale ale psihiatriei comunitare, prin care se realizează eforturi ca populaţia generală să accepte în mijlocul ei minoritatea bolnavilor şi defectivilor psihici (sau a „beneficiarilor" serviciilor de sănătate mintală), se bazează pe multiple pârghii între care se cer menţionate: a) cele ale psihiatriei de legătură cu medicul generalist sau de alte specialităţi; b) cele ale stimulării (favorizării, promovării) asociaţiilor nonguvernamentale de autoajutor a familiilor, aparţinătorilor şi a foştilor bolnavi psihici; c) mijloace de informare prin mass-media a populaţiei generale şi a diverşilor factori de decizie. Deoarece primul aspect – cel privitor la psihiatria de legătură – a fost deja menţionat, vor fi abordate, pe scurt, celelalte două aspecte.

Asocierea foştilor bolnavi, ce au rămas sau nu, cu anumite defecte, împreună cu familiile şi aparţinătorii lor, s-a impus în Europa între cele două războaie mondiale, mai ales în ţările nordice. Ca exemplu, poate fi luată Danemarca. În ultimele decenii, în această reţea au intrat şi defectivii sau foştii bolnavi psihici,

împreună cu cei apropiaţi lor. Aspectul organizaţional şi asociativ s-a diferenţiat în raport cu vârsta şi cu tipul de tulburare. Pentru copii şi tineri, principala problemă era şi este cea a deficienţei mintale, dar şi a unor subgrupe, cum ar fi cea a suferinzilor de boala Langdon-Down sau de autism Kanner; pentru vârsta a treia, cele mai multe probleme s-au agregat până în prezent în jurul bolii Alzheimer. Pentru vârsta adultă, centrul problematic îl constituie schizofrenia şi tulburările psihotice în general. Există grupuri de auto-ajutor ce cuprind doar (foşti) pacienţi (de exemplu, „beneficiarii" adulţi a unor episoade antecedente de schizofrenie), altele, cuprinzând doar grupuri de aparţinători (mai ales pentru problemele psihiatrice ale copilului), precum şi grupuri mixte. Aceste „Asociaţii" se pot constitui zonal, federativ, se pot asocia cu grupuri de auto-sprijin (auto-ajutor, „self-help") a unor alţi deficienţi maladivi (motori, diabetici etc.). Ele pot realiza confederaţii, pot pretinde şi obţine dreptul de a avea reprezentanţi în consiliile administrative locale şi în Parlament, de a-şi da avizul asupra unor noi legi (Danemarca este, din nou, un exemplu în această direcţie). În cadrul acestor grupări, beneficiarii şi familiile acestora se cunosc, se sprijină reciproc, participă la programe locale, zonale sau internaţionale, îşi propagă punctul de vedere prin mass-media, influenţând opinia publică etc.

Asociaţiile de autoajutor pot lua legătura cu alte segmente ale societăţii: biserica, şcoala, poliţia. Oricum, acestea sunt vizate întotdeauna de partea organizată medical a psihiatriei comunitare, ca parteneri sociali, în perspectiva prevenţiei, a depistării precoce, a reintegrării. Mai pot fi vizate mediile cultural-artistice şi cele de afaceri, pentru a sponsoriza aceste organizaţii nonguvernamentale şi pentru a participa la programe de „de-stigmatizare" a persoanelor cu tulburări sau suferinţe mintale actuale sau reziduale. În cadrul acestor acţiuni sunt înscrişi mulţi voluntari, care îndeplinesc o funcţie de legătură. Mijloacele de mass-media – ziarele, radioul, TV-ul – se cer folosite şi ele, pentru a netezi barierele dintre marea societate şi bolnavul psihic, faţă de care există o tradiţională reţinere şi tendinţa de rejecţie din partea societăţii. Prin toate aceste acţiuni se tinde ca aceste persoane să poată petrece o existenţă cât mai apropiată de cea a oricărui cetăţean, chiar dacă persistă defecte psihopatologice şi sociale. Desigur, aceasta presupune programe active de reabilitare, astfel încât, persoanele respective să nu rămână, pur şi simplu, închise în casă, ca într-o nouă variantă de spital. De aceea, şi interesul pentru ca ei să-şi amelioreze abilităţile fireşti ale desfăşurării vieţii de zi cu zi, în comunitate.

Existenţa în comunitate a foştilor şi actualilor suferinzi psihici presupune, pe de altă parte, o activă monitorizare a programelor terapeutice de „întreţinere"

– de prevenţie a recăderilor – cu medicamente, şi a programelor de reabilitare, astfel încât să scadă reactivările bolii, turbulenţa şi periculozitatea socială. Pentru aceasta e necesară o bună complianţă a pacientului şi familiei, o strânsă colaborare cu echipa psihiatrică comunitară, care desfăşoară şi activităţi de psihopedagogie. Aceasta duce la instruirea pacientului şi a familiei, privitor la caracteristicile bolii, necesităţi terapeutice, stilul de viaţă sanogenetic, interrelaţiile optime cu ceilalţi, simptomele de alarmă care pot indica o recădere etc. Şedinţele de psihopedagogie se desfăşoară cel mai bine în grup. Astfel, la un grup de discuţii pot participa schizofrenii ce se află în plină desfăşurare a bolii, convinşi fiind de realitatea halucinaţiilor şi delirurilor, alţii ce se află la începutul remisiunii, precum şi pacienţii remişi, care au avut experienţa mai multor internări. Ultimii critică şi explică simptomele pe care le-au avut în trecut şi pe care primul grup le are în prezent, al doilea grup fiind pe cale să le critice. Se poate astfel conştientiza mai uşor care trăiri sunt normale şi care patologice. Iar ulterior, pacientul sau familia poate identifica „simptomele bolii", ajungând să consulte din timp şi în mod activ, psihiatrul, sau chiar, autoreglându-şi tratamentul. În unele cazuri, e necesară o muncă psihoterapeutică mai serioasă cu familia, pentru a modifica distorsiunile de fond ale comunicării din cadrul acesteia; şi care întreţin tulburarea, favorizând apariţia mai frecventă a recăderilor (problemă ce a fost deja menţionată). Sunt redactate broşuri, cărţi, ce sunt puse la dispoziţia beneficiarilor şi familiilor lor, se ţin cursuri şi seminarii, pentru ca aceste persoane să-şi cunoască cât mai bine boala, mecanismele ce stau la baza ei, cum acţionează agenţii terapeutici, care sunt factorii ce pot favoriza recăderile sau cronicizarea etc. (71.j.).

Prin toate cele menţionate, se tinde la dărâmarea „zidului" – mintal, atitudinal, comportamental – care desparte în mod tradiţional minoritatea bolnavilor psihici de societatea considerată „normală". Totul urmează să fie mai transparent, defectivul psihic urmează să trăiască cât mai mult în societate şi să fie asimilat şi integrat în ea. Comunitatea îşi asumă astfel responsabilitatea acestei dimensiuni integrative a existenţei sale.

Programele enumerate, ce s-au desfăşurat în lume în ultimele decenii şi continuă să se desfăşoare, sunt şi o expresie a unui anumit tip de democraţie tolerantă. Aspectul particular al acestei atitudini constă în faptul că „normalitatea psihică" devine tot mai dificil de circumscris. Dacă homosexualii şi-au câştigat, în unele părţi ale lumii, dreptul la normalitate, nu e limpede până la ce nivel agresivitatea şi anxietatea rămân normale sau sunt patologice. Acelaşi lucru se poate afirma despre conduitele duplicitare, precum ipocrizia, minciuna,

reaua credinţă, compromisul. Toate funcţionează şi în normalitate, la nivel de individ, de grup şi, chiar la nivel macro-politic. Şi nu trebuie uitat că răutatea, anormalitatea, suicidul şi crima nu sunt deloc apanajul cazurilor psihiatrice; deşi pot interfera cu unele din acestea.

Fără o regândire amplă a problematicii antropologice, psihiatria comunitară rămâne la un nivel de fundamentare parţială.

La acest nivel merită să fie prezentate liniile directoare ale programului „antistigma" pentru schizofrenie, promovat de Asociaţia Mondială de Psihiatrie (WPA) şi Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS):

Începând din 1996, Asociaţia Mondială de Psihiatrie (WPA) s-a implicat într-un program mondial de luptă împotriva stigmei (75) şi discriminării datorate schizofreniei. Reproducem, în continuare, cuvântul introductiv al acestui program, difuzat în întreaga lume:

Stigma asociată cu schizofrenia creează un cerc vicios al alienării şi discriminării pentru cei care suferă din cauza acestei boli şi deseori pentru membrii familiei acestora. Stigma poate deveni cauza principală a izolării sociale, a incapacităţii de a găsi de lucru, a abuzului de droguri sau alcool, a lipsei de locuinţă şi a instituţionalizării excesive, toate acestea ducând la scăderea şanselor de recuperare.

Pentru a contracara stigma şi a o preveni, programul WPA va încerca să:

– crească gradul de conştientizare şi cunoaştere a naturii schizofreniei şi opţiunilor de tratament;

– îmbunătăţească atitudinea publică faţă de cei care suferă sau au suferit de schizofrenie şi familiile acestora;

– genereze acţiuni de prevenire sau eliminare a discriminării şi prejudecăţilor.

Programul va stabili o reţea internaţională de indivizi şi centre, unite prin angajarea lor de a acţiona împotriva stigmei şi discriminării şi de a da persoanelor cu schizofrenie o şansă să ducă o viaţă de o calitate acceptabilă. Această reţea va facilita schimbul de experienţă şi învăţare; va fi, de asemenea, funcţională în distribuţia pe scară largă a informaţiilor şi în susţinerea (advocacy) intereselor persoanelor cu schizofrenie.

Programul va dezvolta o serie de materiale necesare pentru:

– îmbunătăţirea informaţiei publice asupra schizofreniei;

– facilitarea implicării comunitare;

– creşterea gradului de informare a lucrătorilor în domeniul sănătăţii mintale şi asistenţei medicale asupra schizofreniei şi tratamentului său;

– educarea şi ajutarea membrilor de familie şi a prietenilor, persoanelor cu schizofrenie;

– schimbarea legislaţiei şi asigurarea acoperirii echitabile a cheltuielilor din asigurările de sănătate.

Acest program este dezvoltat de experţi din multe ţări şi implică reprezentanţi ai asociaţiilor non-guvernamentale (de exemplu, asociaţii ale pacienţilor şi familiilor acestora) şi organizaţii guvernamentale. Structura sa include:

– un Comitet de Conducere ce supraveghează programul, membrii comitetului sunt şi membri în cele 4 comisii tehnice, pentru a facilita coordonarea şi schimbul de informaţii;

– un Comitet de Identificare şi Tratare a Schizofreniei, ce asamblează informaţii asupra diagnosticării şi tratamentului acestei boli;

– un Comitet de Reintegrare a Pacienţilor şi Familiilor acestora în Comunitate, ce se ocupă cu dezvoltarea strategiilor de reintegrare a persoanelor cu schizofrenie în familie şi comunitate;

– un Comitet de Dezvoltare a Strategiilor, de Reducere a Stigmei şi Discriminării, care produce materiale şi propuneri pentru lupta împotriva discriminării şi stigmei la nivelul societăţii;

– un Comitet de Revizuire, care va adnota, integra şi unifica materialele produse de celelalte comitete şi de grupurile naţionale.

Programul va fi distribuit în întreaga lume şi va fi adaptat la diferenţele culturale, prin combinarea intenţionalităţii cu materialele produse pe plan local. Materialele vor fi pregătite în limbile naţionale, cu slide-uri şi broşuri pentru cei ce sunt competenţi şi le propagă, benzi video, programe de televiziune, software interactiv pentru computere, şi materiale reprezentative ce vor fi utilizate în lecturi (prezentări) publice şi materiale de referinţă. Se ia în considerare şi distribuţia prin Internet a programului. Mai multe articole, ce descriu dezvoltarea programului, au fost deja publicate.

Programul prezentat cuprinde 2 părţi: o descriere a fazelor programelor de acţiune şi un sumar al cunoştinţelor despre schizofrenie, adnotate pentru a fi utilizate în programele anti-stigma (programe anti-discriminare pentru suferinzii psihiatrici). Documentele trebuie utilizate în conjuncţie cu descrierea programelor desfăşurate la nivel naţional, şi cu ajutorul „cutiei cu instrumente" ce conţine materiale care pot fi de folos în implementarea programului.

Acest program anti-stigma, ce are ca prim obiectiv schizofrenia, a început să fie realizat şi în România.

3.5. Interesul acordat funcţionării în viaţa de zi cu zi a fostului bolnav sau a actualului deficient psihic

În ultimele decenii, psihiatria s-a interesat tot mai mult nu doar de terapia simptomelor, de reducerea sau înlăturarea acestora, ci şi de „calitatea vieţii" fostului bolnav psihic, mai ales în condiţiile existenţei sale prelungite sau permanente în comunitate. Preocuparea faţă de „calitatea vieţii" s-a manifestat în psihiatrie relativ recent, începând cu anii '80, după ce acest concept făcuse deja carieră în domeniul socio-politic şi cel al medicinii generale, mai ales în corelaţie cu bolile ce evoluează îndelungat şi sunt intens handicapante, cum ar fi unele tulburări osteo-articulare, cardio-circulatorii sau cancerul. În psihiatrie există, de asemenea, destule „boli" care evoluează pe termen lung, invalidând capacitatea individului de a fi un membru activ, deplin responsabil şi liber în comunitate, care să aibă parte, la acelaşi nivel cu ceilalţi membri ai societăţii, de împliniri, sens şi bucurii. Schizofrenia a reprezentat şi reprezintă o tulburare etalon, din acest punct de vedere. De aceea, preocuparea faţă de „calitatea vieţii" (c.v.) fostului bolnav psihic (76), a cazurilor cu evoluţie prelungită sau a eventualilor defectivi, s-a dezvoltat progresiv, mai ales în urma programului de „desinstituţionalizare" a psihoticilor (în primul rând a schizofrenilor), ce s-a desfăşurat intensiv din decada a şaptea a secolului XX, predominant în SUA. Deoarece fostul pacient trăieşte, în prezent, în comunitate, este important ca existenţa sa să se desfăşoare la un nivel optim – sau cel puţin minimal – de autoîngrijire, convieţuire cu familia, vecinii şi cunoscuţii, participând la viaţa comunităţii prin performanţe în roluri sociale şi integrare comunitară. Aceste probleme sunt abordate din perspectivă obiectivă, prin diverse scale de evaluare deja menţionate, aşa cum este DAS-OMS, GAF-DSM-IV, cea a axei II din ICD-10 etc. Dar, în cadrul evaluării calităţii vieţii persoanelor respective, se cere a se ţine cont şi de aspectul subiectiv, al confortului sau disconfortului subiectului, evaluat cât mai aproape de ceea ce resimte el, efectiv. Perspectiva subiectivă urmează a ţine cont şi de particularităţile persoanei (ale „terenului" ce a precedat boala), precum şi de eventuala prezenţă a unor simptome psihopatologice reziduale. De asemenea, se cere a se ţine cont de „nevoile" proprii subiectului, precum şi de măsura în care acestea sunt satisfăcute, atât de instanţele medical-psihiatrice existente în zonă, cât şi de cele ce sunt marginale acestora sau de mijloace complementare, nestandardizate, de satisfacere a acestor nevoi.

Pe lângă aspectul subiectiv şi cel de performanţe în roluri sociale, la calitatea vieţii unei persoane – deci a bolnavului şi defectivului psihic, în cazul nostru – mai concură şi alţi factori obiectivi, contextuali, fizico-materiali, precum: veniturile persoanei, calitatea locuinţei, siguranţa sa, posibilităţile de transport şi aprovizionare, cele de informare, recreere, comunicare cu alţii.

Sintetizând – după Katschnig –, calitatea vieţii poate fi evaluată din 3 perspective:

– Starea de „bine subiectiv";
– Funcţionarea în roluri sociale;
– Calitatea factorilor ambientali, contextuali.

Factorii subiectivi sunt uneori destul de greu de evaluat. S-a propus urmărirea lor în raport cu teoria „nevoilor umane bazale" a lui Maslow (McKenna), caz în care se urmăreşte: – autorealizarea (nevoia de a realiza propriul potenţial); – stima de sine (nevoia de a fi respectat de alţii); – nevoia de suport social din partea altora; – siguranţa (securitatea la domiciliu şi în lume); – aspecte psiho-fiziologice (satisfacţii în direcţia nevoii de alimentaţie, adăpost etc.). În evaluarea „binelui subiectiv" intervine şi factorul timp, în sensul că trăirea persoanei e evaluată în raport cu situaţia de moment, pentru o perioadă determinată de timp, cum ar fi o lună (cazul cel mai frecvent); sau pe durată îndelungată, ajungându-se până la evaluarea sentimentului de „fericire". Pentru o evaluare circumstanţială, subiectul poate fi solicitat să se autoevalueze în raport cu o serie de întrebări.

De exemplu, în scala BGOL e prezentată următoarea listă de opţiuni:

1. Nu simt o stare de eşec (failure); 2. Mă simt capabil să fac faţă muncii; 3. Am un bun apetit; 4. Nu mă simt inferior; 5. Totdeauna sunt plin de energie; 6. Am dificultăţi în a lua decizii; 7. Nu sunt lipsit de speranţă; 8. Sunt încrezător în mine; 9. Nu am dureri fizice; 10. Nu am probleme cu banii; 11. Sunt capabil să am şi să menţin relaţii cu prietenii; 12. Dorm bine; 13. Nu sunt iritabil; 14. Nu am probleme care mă depăşesc; 15. Simt că îmi controlez viaţa; 16. Sunt satisfăcut cu munca mea zilnică; 17. Mă simt în siguranţă; 18. Am o mobilizare fizică completă; 19. Sunt plin de speranţă; 20. Sunt bucuros că trăiesc; 21. Mă simt confortabil cu mine; 22. Resimt plăceri în hobby-urile mele; 23. Nu sunt niciodată îngrijorat.

Trebuie subliniat că starea de „bine subiectiv" nu se rezumă la o trăire afectivă. Întotdeauna intră în joc şi o evaluare, deci un factor cognitiv, de apreciere. În cazurile de „distorsiune cognitivă", cum sunt cele din depresia prelungită, diminuarea c.v. poate deriva din această modificare de optică. Factorul

cognitiv este extrem de important atunci când se cere o evaluare pe termen lung, când se întreabă despre mulţumirea globală în raport cu istoria de viaţă, cu vârsta, sau atunci când e atinsă problema fericirii.

Factorii contextuali ambientali cei mai frecvent evaluaţi în caracterizarea C.V. sunt următorii:

– *Calitatea locuinţei.* Aceasta este privită în perspectiva comodităţii ce o oferă (mărime spaţială, dotare cu mobilier), cât şi a factorilor de zi cu zi, care participă la c.v., cum ar fi căldura, apa curentă, iluminatul, congelatorul, radioul, televizorul etc.; desigur, aceştia variază mult în raport cu contextul socio-cultural. De locuinţă se corelează şi relaţiile cu vecinii sau modalitatea în care eşti acceptat, sau nu, de ceilalţi locuitori ai casei, aceste probleme interferând cu aria problematicii interpersonal-sociale a familiei, în sens lărgit.

– *Comunicarea*, privită într-o perspectivă largă, care implică şi deplasarea. Se pot lua în considerare: calitatea serviciilor în domeniul mijloacelor de transport în comun, calitatea drumurilor, eventual existenţa mijloacelor proprii de deplasare (maşină proprie), dar şi comunicarea la distanţă, prin telefon sau prin alte mijloace.

– *Siguranţa în viaţa socială, sentimentul de protecţie în mijlocul comunităţii.* Acestea pot fi asigurate de sistemul de ordine, de legislaţie, modificat în anumite momente socio-politice deosebite, condiţionat de frecvenţa răufăcătorilor într-un cartier locativ anume etc. Până şi iluminatul străzilor este, uneori, inventariat la acest capitol. Mai pot fi luate în considerare marginalizarea sau stigmatizarea individului în societate din motive etnice, religioase sau pentru că a suferit de o boală (psihică).

– *Facilităţile şi şansele* pe care un individ le are în micro-grupul sau societatea în care trăieşte; de exemplu, accesul la educaţie, la informare, accesibilitatea la îngrijiri medicale, şansele de acţiune independentă, eficientă sau creatoare, accesul la cultură etc.

– *Resursele financiare şi, în general, economice*; acestea ar susţine majoritatea itemilor din capitolul „factori contextuali". Ei se cer totdeauna evaluaţi şi pot avea importanţă şi pentru evoluţia unor stări maladive sau defecte (costul tratamentelor şi al programelor de recuperare) etc.

– *Nivelul de autonomie şi libertate a subiectului.* La acest nivel se poate începe cu autonomia în deplasare, ce poate fi condiţionată de defecte maladive, fizice sau psihice (amputaţia picioarelor, agorafobie), dar articulată şi cu mijloace contextuale fizice umane (protează, maşină, însoţitor). Autonomia individului se corelează, în contextul său social, cu permisivităţile ce-i sunt acordate, dar şi cu

capacitatea sa de a se afirma şi impune. Autonomia şi libertatea de manifestare sunt dependente şi de mediul socio-cultural, mai permisiv sau mai restrictiv, rejectiv sau oprimant, precum şi cu resursele sale financiare. Ne aflăm acum într-un domeniu în care factorii contextuali interferă strâns cu cei de funcţionare în roluri sociale şi cu cei subiectivi-psihologici.

– *Domenii de manifestare permisivă de articulare pozitivă şi împlinire a convingerilor şi credinţelor subiectului.* Acestea pot fi, pe de o parte, politice şi, pe de altă parte, religioase. Omul credincios poate găsi, prin rugăciune, prin participarea sa la viaţa unei biserici, a unei comunităţi religioase interesată de soarta membrilor săi şi, în general, prin credinţa sa, un plus de forţă moral-spirituală, fapt important pentru c.v. sale. Şi la acest nivel, aspectul „contextual" este doar un implicat al proiectelor existenţiale ale persoanei.

Unele scale de evaluare a c.v. acordă o importanţă deosebită factorilor contextuali fizici. De exemplu, în scala QLS-100, partea I, ce se referă la locuinţă, ţine cont de: dimensiunile locuinţei, pacea şi liniştea acesteia, intimitatea. Partea a II-a, ce se referă la menaj şi sarcinile menajere, inventariază: cumpărăturile, mâncarea şi regimul, igiena, îmbrăcămintea, spălatul, ordinea apartamentului, resturi menajere etc. Este evident că factorii contextuali fizici ţin, în bună măsură, de mediul cultural (şi de civilizaţia) în care trăieşte o persoană. Deci, trebuie evaluaţi dintr-o perspectivă transculturală.

Prezentăm, în continuare, un model (o schemă) al elementelor ce caracterizează c.v. (după Felce şi Perry, reprodusă şi în 65) (fig. XVII).

Calitatea vieţii se poate ameliora şi în urma terapiei realizate de echipe complexe, în cursul unui episod maladiv şi, ulterior, pentru evitarea recăderilor şi creşterea inserţiei sociale. Prezentăm o schemă a acestei perspective de abordare a problemei (după Katschnig), (77), (fig. XVIII).

În ultimele decenii ale sec. XX au fost elaborate o serie de scale de evaluare a calităţii vieţii în psihiatrie, cu orientare generală sau ţintită pe un anumit tip de patologie (mai des pe schizofrenie). Menţionăm principalele arii de existenţă luate în considerare de câteva astfel de scale:

CAF (1984), Stein & Test, 1980, cuprinde 140 itemi: ariile de existenţă avute în vedere sunt: calitatea recreerii (leisure); calitatea locuinţei; statutul şi istoria angajării profesionale; surse şi niveluri de venituri; – locuinţă şi alimentaţie, contacte cu prietenii, contacte familiale, probleme legale, satisfacţii de viaţă (21 itemi); stima de sine, îngrijiri medicale, (satisfacţii în) utilizarea agenţiilor.

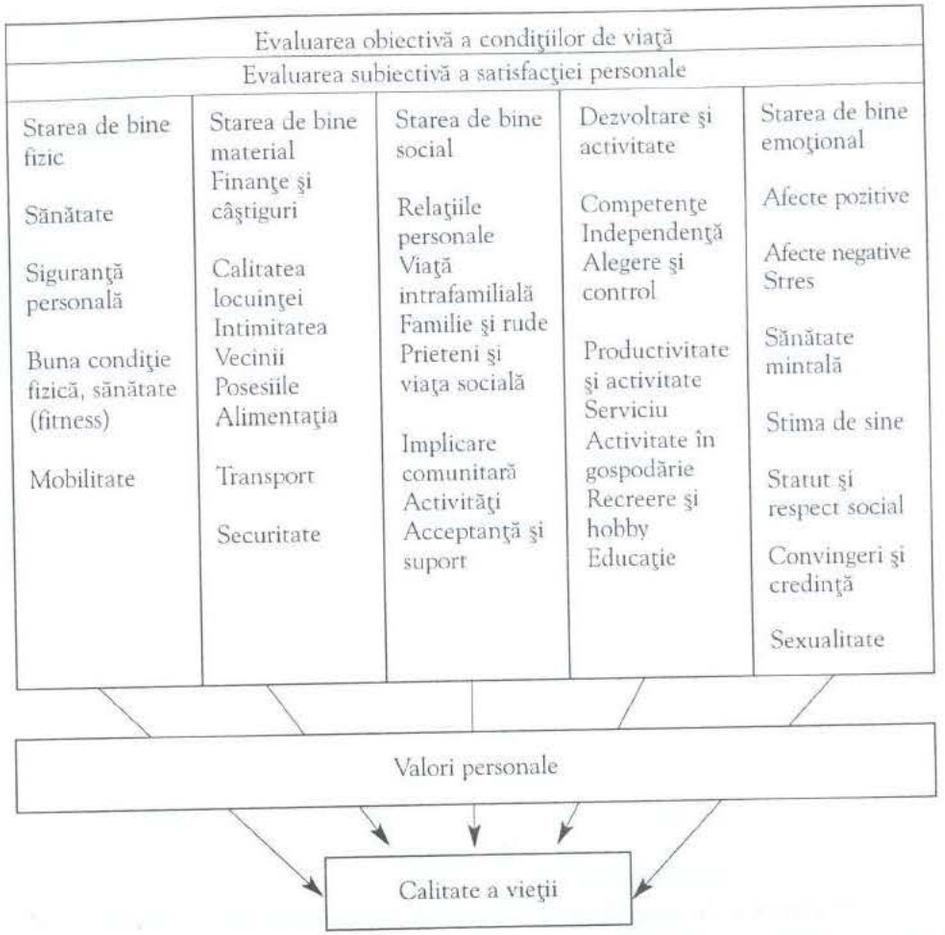


Figura XVII.

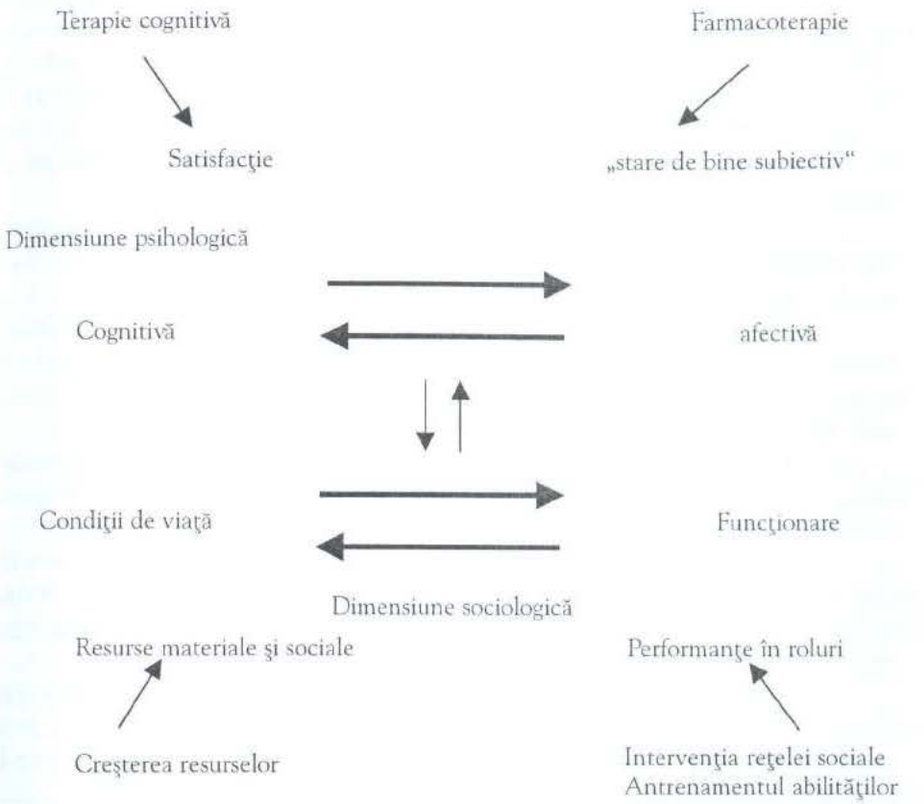


Figura XVIII.

QLC (Mälm et all, 1981): recreere, muncă, reabilitare vocaţională, dependenţă economică; relaţii sociale; – cunoştinţe şi educaţie; – dependenţe posibile; – experienţe interne; – standardul locuinţei; îngrijiri medicale (generale şi psihiatrice), religia.

SLDS (Baker & Intagliata, 1982): satisfacţii în raport cu: locuinţa, vecinii, alimentaţia, îmbrăcămintea, sănătatea, oamenii cu care locuieşte împreună, prieteni, familie, relaţii cu alţi oameni, munca şi program zilnic, timp disponibil, recreere, servicii şi facilităţi locale, situaţie economică, modul de a trăi în comunitate în raport cu modul de a trăi în spital.

OQLG (Bigelow et all, 1982 – 91) 146 itemi, 14 scale: tulburare (distress) psihopatologic; – stare de bine psihologic; toleranţă la stres; – satisfacţia totală (globală) a nevoilor bazale; independenţă; interacţiuni interpersonale, rol de soţ, suport social, muncă şi cămin (locuinţă, gospodărie), disponibilitatea de a fi angajat în muncă; muncă şi serviciu (work and job), utilizarea cu sens a timpului; consecinţe negative ale consumului de alcool, şi ale consumului de droguri.

QOLI (Lehman et all, 1982-95): situaţia locuirii, relaţiile familiale, relaţii sociale, activităţi de recreere, finanţe, siguranţa şi probleme legale, muncă şi şcoală, sănătate (vecinătate şi religie în unele versiuni).

CQLI (Mulkern, Agosta et all, 1986): aspecte esenţiale ale vieţii (mâncare, haine, locuinţă, sănătate, igienă); muncă, formare şi educaţie, activităţi zilnice şi recreaţie; probleme private şi intime; suport social, timp social, auto-eliberare; pacea sufletească.

LQOLP (Oliver, 1996): muncă; educaţie; recreere; participare; religie; finanţe; situaţia de viaţă; aspecte legale şi de siguranţă; relaţii familiale; sănătate; o măsurare a stării generale de well-being şi self concept.

QLSAI (Sknatze, 1993): sănătate fizică, finanţe, gospodărie şi autoîngrijire; contacte; dependenţă; muncă şi recreaţie; cunoaştere şi educaţie; experienţe interne; sănătate mintală; locuinţă; împrejurările (ambianţa) locuinţei; serviciile comunitare; religia.

QLI-MH (Becker et all, 1993): activităţi ocupaţionale, stare de bine psihologic, sănătate fizică, activităţi în viaţa zilnică, relaţii sociale; situaţia economică (financiară), simptome (psihopatologice); întrebări deschise privitor la ameliorare şi tratament.

Desinstituţionalizarea, orientarea comunitară a psihiatriei şi evaluarea calităţii vieţii ridică şi problema cost/beneficiu faţă de care o comunitate dată nu poate fi indiferentă. Iniţial s-a opinat că pacientul sau defectivul menţinut în societate costă mult mai puţin. Dacă se are în vedere că trebuie realizate variate servicii alternative, iar presiunea psihologică asupra aparţinătorilor şi a grupului social proxim creşte, atunci diferenţele nu mai sunt aşa de mari.

Psihiatria comunitară are nevoie de instituţiile sale proprii, care au fost, în mare, amintite în acest capitol, dar şi de alte soluţii, cum ar fi „plasamentul familial remunerat", centre de evaluare a tulburărilor subclinice, sisteme de sprijinire a familiilor în care se află un bolnav psihic. Un astfel de sistem absoarbe, desigur, fonduri, atât pentru echipele de înaltă profesionalitate ce urmează să acţioneze (psihiatri, asistenţi sociali, ergoterapeuţi, psihologi, surori medicale calificate,

psihopedagogi, recuperatori diverşi etc.), cât şi pentru instanţele instituţionale ce ar urma să funcţioneze: hosteluri, staţionare de zi, centre de ergoterapie şi terapie ocupaţională, centre de sănătate mintală, cluburi psiho-sociale etc. Evaluările actuale, în perspectiva cost/beneficiu, admit că aceste costuri sunt totuşi mai mici decât spitalizările prelungite şi reprezintă un progres semnificativ în perspectiva democraţiei, a eticii, a creşterii calităţii vieţii şi al respectului persoanei umane.

O dezvoltare raţională a instituţiilor, a echipelor de acţiune şi, evident, a programelor care, într-o societate dată, pot menţine în comunitate cât mai mulţi bolnavi (cronici) şi deficienţi (disabilitaţi), inclusiv psihici, necesită dezvoltarea unor scale de evaluare care să „măsoare" rezultatele celor întreprinse, în perspectiva cost/beneficiu, dar ţinând seama şi de nevoile acestora (78), (70). Desigur, la capitolul „beneficiu" urmează a se avea în vedere nu doar concepte simple, cum ar fi scăderea cheltuielilor prin faptul că pacientul nu e tratat în spital, unde costurile hoteliere sunt mai mari, ci şi aspecte mai subtile care privesc creşterea gradului de independenţă, activitatea şi integrarea socială a fostului (şi eventual actualului) suferind psihic, chiar defectiv; precum şi creşterea „calităţii vieţii" atât pentru pacient (client), cât şi pentru aparţinătorii săi şi comunitate. Preocuparea, pentru elaborarea unor scale de evaluare în această direcţie nu este nouă. Putem menţiona instrumentul MRSS (Morningside Rehabilitation Status Scale), elaborat în 1984 de Afflek şi colab., şi care se referă la 4 dimensiuni: 1/ independenţă/dependenţă; 2/ activitate/inactivitate; 3/ integrare socială/izolare; 4/ efectul simptomelor prezente. Pentru fiecare dimensiune există o evaluare între 0 şi 7, iar evaluările se repetă, în timp. În ultimul timp se pune un accent tot mai mare asupra nevoilor persoanelor aflate în comunitate. În perspectiva problemei aduse în discuţie, un instrument recent mai complex este Scala de evaluare a nevoilor (Camberwell CAM-F) (80). Aceasta are în vedere 22 itemi, mulţi dintre aceştia fiind comuni cu cei utilizaţi în evaluarea „disabilităţilor" şi a c.v. (incluzând însă, şi simptome psihopatologice sau utilizarea de alcool şi droguri).

Mai precis, itemii aduşi în discuţie sunt: 1. Locuinţa; 2. Alimentaţia; 3. Întreţinerea menajului; 4. Igiena personală; 5. Activităţile cotidiene; 6. Sănătatea fizică; 7. Simptome psihotice; 8. Informaţii asupra afecţiunii şi a tratamentului; 9. Retragerea psihologică; 10. Securitatea personală; 11. Securitatea anturajului; 12. Alcool; 13. Droguri şi medicamente; 14. Relaţii sociale; 15. Relaţii sentimentale; 16. Viaţa sexuală; 17. Îngrijirea copiilor; 18. Instrucţie; 19. Utilizarea telefonului; 20. Utilizarea transportului în comun; 21. Aspecte financiare; 22. Ajutor social.

Aspectul deosebit al noii abordări a problemei, care e dezvoltată în acest instrument (şi de către această nouă orientare a „satisfacerii nevoilor"), constă în faptul că se evaluează nu atât performanţa, cât problema pe care o are individul în domeniul respectiv, în măsura în care, nu reuşeşte să-şi satisfacă singur nevoile fireşti; şi, în continuare, se evaluează dacă în domeniile respective a primit şi primeşte vreun sprijin (ajutor); şi dacă da, atunci din partea cui, şi cât de satisfăcător, pentru subiect, este acest ajutor. Vom exemplifica această concepţie, prezentând felul în care se evaluează unul dintre itemii (3=întreţinerea menajului) din instrumentul lui Phelan şi colab.:

3. INTREŢINEREA MENAJULUI

Persoana are dificultăţi în a-şi ţine menajul?

CAN0301 CAN0302

Sunteţi capabil să vă ţineţi menajul?
Aveţi ajutor?

0 = nici o problemă — De ex.: Casa poate fi în dezordine, dar utilizatorul o păstrează curată în ansamblu

1 = Nici o problemă/probleme moderate datorită unei intervenţii continue — De ex.: Incapabil de a-şi ţine menajul, şi primesc regulat un ajutor domestic

2 = Probleme serioase — De ex.: Casa este murdară şi poate constitui un risc pentru sănătate

9 = Nu ştie

Dacă cotarea este 0 sau 9 se trece la itemul 4

Persoana primeşte ajutor din partea amicilor sau a părinţilor pentru a-şi ţine menajul?

CAN0303 CAN0304

0 = Nici unul
1 = Puţin — De ex.: Incitarea persoanei sau ajutarea la aranjarea şi curăţarea ocazională

2 = Moderat — De ex.: Incitarea persoanei sau ajutorul la aranjarea sau curăţarea mai puţin de o dată pe săptămână

3 = Mult — De ex.: Supervizarea persoanei mai mult de o dată pe săptămână, spălarea tuturor hainelor şi făcutul menajului

9 = Nu ştie

Persoana primeşte ajutor din partea serviciilor locale pentru a-şi ţine menajul?

CAN0306 CAN0306

Persoana are nevoie de ajutor din partea serviciilor locale pentru a-şi menţine menajul?

CAN0307 CAN0308

0 = Nici unul
1 = Puţin — De ex.: Incitarea de către personal
2 = Moderat — De ex.: Ajutor pentru anumite sarcini menajere

3 = Mult — De ex.: Majoritatea sarcinilor menajere sunt făcute de personal

9 = Nu ştie

Persoana primeşte tipul de ajutor adecvat pentru a-şi ţine menajul?

CAN0309 CAN0310

(0 = Nu 1 = Da 9 = Necunoscut)

În ansamblu, este persoana satisfăcută de ajutorul primit pentru a-şi ţine menajul?

CAN0311

(0 = Nesatisfăcută 1 = Satisfăcută)

Investigaţiile şi evaluările se fac după aceeaşi schemă, la toţi cei 22 de itemi menţionaţi.

Evident, suntem cu un pas în plus faţă de simpla evaluare a c.v., chiar în perspectivă dinamică, de vreme ce se inventariază cine se implică în susţinerea pacientului şi ce satisfacţie are el, în raport cu acest suport. Direcţia de studiu şi acţiune în acest domeniu continuă în cadrul programelor de reabilitare psihosocială.

O societate civilizată şi democrată trebuie să-şi asume responsabilităţi şi cheltuieli. Dacă se acceptă că, în mijlocul nostru, trăiesc şi activează, spre binele tuturor, persoane excepţional dotate, atunci se cere acceptat că, pe lângă populaţia obişnuită (pe lângă ceea ce stoicii au numit „aureas mediocritas", expresie ce nu are în ea nimic peiorativ, ci se referă la semnificaţia adâncă a firescului vieţii omeneşti), societatea trebuie să accepte şi zonele sale de umbră şi deficienţă şi să-şi asume responsabil, îngrijirea şi considerarea, din toate punctele de vedere, a oricărei fiinţe umane. Cercetările actuale, privitoare la calitatea vieţii în psihiatrie, subliniază cu intensitate această problematică (81).

În împrejurările în care relaţiile „bolnavului", suferindului sau defectivului mintal cu societatea, se rezumau la binomul: prezenţă comunitară/versus internare în spitalul-azil, deciziile erau mai simple decât în prezent. La fel, evaluările economice. În măsura în care pentru suferindul mintal, pentru „beneficiarul" serviciilor de sănătate mintală există alternative multiple, creşte şi complexitatea responsabilităţilor celor ce decid terapia şi reabilitarea („pacientul" fiind inclus între aceştia). Şi la fel se complexifică analiza cost/eficienţă. Ce servicii de asistenţă, terapie şi recuperare sunt mai eficiente într-o anumită zonă comunitară? Care este costul pe care comunitatea îl plăteşte, direct sau indirect, pentru aceste servicii? Şi care este costul dacă acestea lipsesc? Iată un set problematic a cărui studiere nu poate fi ocolită. De vreme ce „pacientul" este partener în această ecuaţie, opinia sa trebuie să fie înregistrată şi evaluată, aşa cum se procedează în cadrul instrumentului de evaluare a nevoilor Camberwell, prezentat deja. În perspectivă economică, se cer realizate cercetări ţintite. În această direcţie, a fost lansat, recent, în Europa şi SUA, programul „Epsilon", care se află în curs de implementare. Primele rezultate au fost deja analizate în cadrul unor congrese internaţionale şi publicaţii de prestigiu (82).

3.6. Problema periculozităţii

Tendinţa psihiatriei comunitare actuale de a menţine cât mai mult „bolnavul" – pacientul, suferindul, clientul, beneficiarul serviciului de sănătate mintală în comunitate nu poate ocoli problema periculozităţii unei astfel de atitudini. E vorba, pe de o parte, de riscul suicidar, pe de altă parte, de posibila perturbanţă socială, agresivitate şi potenţial criminal al acestor persoane. Din ambele perspective, adică cel al auto şi hetero-agresivităţii – duse până la limita morţii – trebuie acceptată o largă zonă de tranziţie şi interferenţă între extreme: adică între normalitatea exemplară şi patologia psihică majoră. Suicidul şi parasuicidul (=tentativa de suicid, mai mult sau mai puţin demonstrativă) se întâlnesc predominant la persoane „normale" – putând avea grade variate de vulnerabilitate, aflate în situaţii reactive anormale. Dar, situaţiile reactive sunt periferice în raport cu nucleul psihiatriei considerată ca boală din perspectivă medicală. Argumentele pentru sinucidere au fost – şi rămân – în multe cazuri comprehensive. E vorba de sentimentul pierderii onoarei (şi deci a stimei de sine) care, cel puţin în unele socio-culturi, ca cea japoneză, aproape că obligă individul la actul suicidar pe care dacă subiectul nu-l comite, el nu mai este acceptat ca un partener demn de respect în comunitate. Sunt şi alte manifestări marginale normalităţii ce pot conduce la suicid, precum: pierderea idealurilor, o jertfă semnificativă, simbolică pentru comunitate, dorinţa de răzbunare (postumă), dure-rea psiho-fizică extremă, pierderea a ceva extrem de drag, o argumentare filosofică (ca la stoici şi existenţialişti). Aceste justificări ale actului suicidar ţin de logos şi spiritualitate (de lumea a 3-a a lui Popper, în sens lărgit) şi nu propriuzis de patologia bio-psihică. Deşi, zona de tranziţie există, fapt dovedit prin particularităţile de neuro-transmisie cerebrală a sinucigaşilor, prin particularităţile etnice, prin influenţele atmosferice şi sezoniere etc. Desigur, bolnavii mintali, ce „beneficiază" de un diagnostic psihiatric, reprezintă, în cazul anumitor tipuri de tulburări, un procent net crescut de sinucideri faţă de media întregii populaţii zonale. Dar, în domeniul parasuicidului, rolul esenţial pare a-l juca – în calitate de fundal – tulburarea de personalitate (cu tipologie dependentă, instabil-emotivă, depresivă, evitantă, histrionică etc.), în corelaţie cu reţeaua de suport social şi intensitatea resimţită a stresorilor circumstanţiali. Ne plasăm, deci, într-o zonă intermediară. Suicidul realizat este mai frecvent la persoanele diagnosticate medical psihiatric cu tulburare afectivă periodică (monopolară şi bipolară), în alcoolismul maladiv şi la schizofreni. Dar, cele mai multe acte suicidare se petrec

în afara spitalizării, în perioade în care „boala" se află într-un moment în care coabitează cu existenţa „normală" a subiectului. Deci, tot într-o zonă intermediară (83).

În ceea ce priveşte periculozitatea „bolnavului psihic" faţă de alte persoane, aceasta este maximă la nivelul „tulburărilor de personalitate", mai ales a psihopatului antisocial (sociopat) în condiţiile combinaţiei cu alcoolul şi drogurile. Desigur, ea se petrece şi în cazul unor tulburări psihotice schizofrene şi delirante, dar într-un procent redus (nu foarte mult crescut) în raport cu violenţa generală interpersonală din cadrul comunităţii. O condiţie importantă a hetero-agresivităţii o reprezintă suferinţele organic-cerebrale (epilepsia, stările de după traumatisme craniene, postencefalitice, stările de după intervenţii chirurgicale pe creier) şi consumul de alcool (aceste două condiţii se combină cel mai frecvent). Dar, şi în acest caz, ne aflăm într-o zonă marginală a „bolilor psihice" (a psihiatriei). Chiar dacă unele crime comise de bolnavii mintali schizofreni sau deliranţi sunt extrem de impresionante, prin spectaculosul pe care-l induce monstruozitatea lor incomprehensibilă, ele nu reprezintă principala problemă a periculozităţii sociale psihiatrice. Aceasta se evidenţiază, aşa cum s-a menţionat, la zonele limitrofe ale psihiatriei şi psihopatologiei propriu-zise (84),(85).

Se ridică constant problema: în ce măsură bolnavul psihic (sau fostul bolnav) poate fi menţinut în comunitate, fără un pericol pentru aceasta. Răspunsul este afirmativ dar condiţionat. Persoana ce a trecut printr-un episod psihotic poate fi constant menţinută în comunitate, dacă tulburarea nu persistă la un nivel marcat psihopatologic: pacientul este compliant şi urmează un tratament de întreţinere cu controale periodice, fiind sub supervizarea unui „manager de caz": dacă este cuprinsă într-un program de reabilitare psiho-socială şi de integrare comunitară, dacă nu consumă alcool şi droguri, dacă nu prezintă un fundal de personalitate, – prealabil sau defectiv, – marcat de o mare agresivitate în antecedente etc.

Pentru cazurile ce au avut contacte cu psihiatria (şi deci cu psihiatrii) se pot elabora evaluări de „periculozitate". Acestea nu ţin doar de diagnostic, ci şi de o multitudine de factori între care: – modalităţile de comportament (agresiv) curente corelate tipului de personalitate şi capacităţii de autocontrol pulsional; reţeaua de suport social; complianţa terapeutică; rezultatul obţinut în urma aplicării unor scale de evaluare a agresivităţii, a autocontrolului impulsurilor, a capacităţii de înţelegere a realităţii.

În orice caz, în fiecare ţară există acte normative care reglementează internarea pentru tratament obligatoriu a bolnavului psihic „periculos" pentru

sine şi/sau alţii. Acestea prevăd probarea periculozităţii prin declaraţii de la mai multe persoane, evaluarea diagnostică din partea specialiştilor, alte evaluări (menţionate mai sus) şi implică direct sau indirect justiţia, astfel încât să nu se comită abuzuri prin privarea de libertate ce o presupune internarea obligatorie, mai ales în sensul abuzurilor psihiatrico-politice în ţări cu regim totalitar. În principiu, orice internare psihiatrică ar trebui să se bazeze pe consimţământul persoanei în cauză, ceea ce nu e întotdeauna posibil. Negocierea cu persoana respectivă, în sensul unui dialog clar argumentat şi insistent reluat, cu răbdare şi perseverenţă, este totdeauna recomandabilă. La fel ca şi discuţiile de tip negociere sau consiliere (eventual psihoterapie!) cu persoanele ce se află în apropierea pacientului „periculos". Aceasta deoarece de multe ori tendinţele agresive pot creşte la majoritatea oamenilor, în condiţiile în care nu sunt ascultaţi, sunt neînţeleşi, ignoraţi, cărora li se ripostează fără argumente sau sunt trataţi cu ostilitate, agresiune, constrângere (multe din situaţiile menţionate pot condiţiona şi stări depresive cu autoagresiune). Situaţia ridică şi probleme etice (86). Acestea, sunt, de altfel, prezente cu ocazia instituirii oricărui tratament medical, în general, şi psihiatric, în special, mai ales dacă se desfăşoară în contextul internării. În prezent, se ridică tot mai mult problema consimţământului pacientului (menţionăm că această „problemă" nu are o soluţie univocă, dar nici nu poate fi ignorată, rămânând o constantă implicată în exercitarea profesiunii de medic şi, în special, de psihiatru). Consimţământul se referă la tratament, în general, şi la internare în special. El are în vedere şi opţiunile alternative. În principiu se consideră că orice pacient trebuie să fie informat clar şi detaliat asupra bolii (tulburării) pe care o are, a posibilităţilor terapeutice, a avantajului şi riscurilor terapeutice accesibile. Problema rămâne complexă şi complicată datorită diverselor grade de discernământ pe care le poate avea un pacient, în general (de exemplu, el poate fi în comă, reprezentând o urgenţă medicală) şi unul psihiatric în psihiatrie, în special (poate fi vorba de o demenţă avansată, de o psihoză delirant halucinatorie sau maniacal-agitată de intensitate majoră). În astfel de cazuri se cere, de obicei, după o evaluare expertală a incapacităţii bolnavului, de a lua o decizie, acordul scris al rudelor sau persoanelor responsabile socio-juridic de caz. Situaţiile pot fi extrem de variate, astfel încât problema semnalată rămâne una deschisă (în sensul unei permanente dezbateri argumentate şi critice în raport cu o cazuistică dată, cu situaţii concrete înregistrate, cu contextualitatea socio-culturală etc.). Mai precis, credem că alături de acceptarea de principiu a problematicii consimţământului, dezbaterea asupra acestei teme nu poate fi închisă odată pentru totdeauna. De altfel, în psihiatrie, cele mai dificile probleme

se ridică nu în zona ce poate fi uşor medicalizată a „bolii psihice" (deşi, persoanele ce au episoade maladive, pot avea şi episoade intercritice de remisiune completă), cât mai ales în zona „anormalităţii", unde se plasează tulburările de personalitate (de diverse grade şi forme) şi reacţiile „psihopatologice" ale persoanelor vulnerabile. În toate aceste domenii nu se pot impune reţete definitive, ci e nevoie de un permanent forum de dezbatere, dialog, interpretare, argumentare.

Persoanele ce prezintă tulburări psihice, care necesită tratament, pot fi nu doar „periculoase la un moment dat". Ele pot, prin comportamentul lor, să încalce normele legale, pot comite acte sau delicte pentru care societatea modernă aplică diverse sancţiuni, între care şi cele privative de libertate (sau execuţia capitală în unele state). A fost deja menţionată comparaţia posibilă dintre situaţia alienatului mintal, mai ales a celui internat în spital, – cu cea a condamnatului juridic la detenţie. Din perspectiva pe care o comentăm, în toate cazurile, în care cel care a comis un delict pedepsit de lege şi e presupusă o tulburare mintală, se impune o expertiză psihiatrico-legală (87). Aceasta este necesară şi în multe cazuri „civile" privitor la acordarea de competenţe sociale sau de interpretare a unor acte întreprinse, aşa cum ar fi redactarea unei donaţii sau a unui testament. Este vorba de a stabili „discernământul" subiectului în cauză, de a distinge între consecinţele „bune" sau „rele" ale actului său; sau a capacităţii şi abilităţilor sale de a face astfel de distincţii, de a înţelege semnificaţia socială, pe termen scurt şi lung, a ceea ce face sau ar putea face. În calitate de cetăţean, persoana ce prezintă tulburări psihice de diverse tipuri şi grade, poate fi apreciată ca având discernământ şi capacitate psihică integră sau modificată de diverse grade. Acest fapt are consecinţe asupra statutului său social ulterior, (88) deoarece aplicarea legii îl poate plasa în ipostaza de cetăţean obişnuit ce suportă, ca toţi ceilalţi, consecinţele legii; sau ca cetăţean ce poate avea circumstanţe atenuante. Şi, eventual, ca cetăţean ce nu răspunde juridic (penal, civil) de ceea ce a făcut. Consecinţa poate fi un regim de detenţie obişnuit, unul redus, unul în care i se aplică şi tratamente psihiatrice; sau, plasarea într-o instituţie psihiatrică, pentru a fi tratat până la „vindecarea completă şi reinserţia socială armonioasă" (!!?). Este evident că acest domeniu medico-psihiatric, etic şi juridico-administrativ, rămâne unul deschis permanentelor analize şi dezbateri, unor încercări şi propuneri, unor metamorfoze continui care fac ca „întrebarea" şi „problematizarea" domeniului să se instituie ca şi constante.

3.7. Perspectiva familială asupra patologiei şi terapiei psihiatrice

Familia reprezintă zona de legătură între individ şi marea societate. Înainte de a fi cetăţean al urbei – al ţării şi umanităţii şi concomitent cu aceste calităţi – persoana conştientă este membru al familiei sale de origine şi a celei ce şi-o formează singur. Deşi are o existenţă de sine stătătoare la un nivel suprainvidual, micro-grupul familial se deosebeşte de altele în care subiectul e cuprins, prin intensitatea, permanenţa şi durata prelungită a legăturilor şi interacţiunilor. Precum şi prin faptul că, la acest nivel se constituie şi funcţionează de obicei o zonă a intimităţii, în raport cu cea explicit „publică" în care se derulează viaţa comunitară. De aceea, înţelegerea persoanei ca membru al unei familii are o deosebită importanţă atât pentru psihopatologie – adică în explicarea apariţiei şi menţinerii simptomelor psihopatologice, cât şi în perspectiva acţiunii psihoterapeutice (89, 90, 91, 92).

Studiile de psihopatologie şi terapie familială s-au dezvoltat progresiv în a doua jumătate a secolului XX, condiţionate de o conjuncţie de factori. Familia a fost implicată în etiopatogenia psihopatologică încă prin psihanaliza clasică, dar într-o manieră indirectă, predominant din perspectiva subiectului care introjectează „imagourile părinţilor". Adler, elev al lui Freud, şi-a dat seama că influenţa constantă şi directă, pe care o exercită părinţii în anumite familii, poate fi uneori nocivă pentru copil. De aceea, el a creat un tip nou de instituţie, cunoscută în lumea anglo-saxonă ca „Child guidance clinic". Familia este nucleul social de interacţiune cel mai constant şi persistent pentru om, în cadrul exercitării rolurilor sale sociale. Totuşi, chiar mişcarea psihologică „gestaltistă" şi influenţa operei lui K. Levine nu au mutat atenţia psihopatologilor asupra familiei până când nu s-a realizat o schimbare mai generală de mentalitate, în paralel cu apariţia unor noi ştiinţe. Dintre acestea sunt citate ca importante pentru dezvoltarea psiho(patologiei) şi (psiho)terapiei familiale, următoarele: teoria comunicării (Shannon), cibernetica (Winer), teoria sistemelor (Bertalanffi). Aceste doctrine au fost efectiv invocate în dezvoltarea terapiei familiale. Iar, în zilele noastre, în acest domeniu îşi găsesc aplicaţii teorii, precum cea a „determinismului non-linear", a „catastrofelor", a „haosului", a „hermeneuticii", „semioticii", „mitologiei" în varianta sa modernă. Această corelaţie a înţelegerii dinamicii, psihopatologiei şi psihoterapiei familiale, cu teorii de ordin general, ce au avut aplicaţii, în primul rând, în domeniul fizico-matematic şi lingvistico-cultural

supraindividual, nu înseamnă o „de-personalizare" a psihopatologiei, ci doar o lărgire a orizonturilor în cadrul unei societăţi aflate în metamorfoză, care-şi modifică constant perspectivele de auto-înţelegere şi de acţiune asupra ei însăşi. În mod constant şi pe tot parcursul, orientarea familială despre care vorbim, a pus accentul asupra individualităţii persoanei umane conştiente în mijlocul inter-relaţiilor şi inter-comunicărilor strânse, ce se petrec în familie, asupra programelor de sprijinire a acestei individualităţi şi a capacităţilor sale creatoare. Bowen, unul dintre pionierii domeniului, reuneşte sub denumirea generală de „diferenţiere de sine" comportamentele şi capacităţile individuale ale membrilor unei unităţi familiale, fie că sunt ereditare sau câştigate. Aptitudinea fiecăruia, de a menţine o separare între sistemele sale emoţionale şi intelectuale, e determinată de trecutul său multigeneraţional, precum şi de experienţele pe care le-a trăit în propria sa familie. Bowen a elaborat şi o scală a diferenţierii de sine, obiectivul dezvoltării persoanei normale fiind să se atingă un maximum al acesteia. Familiile în care nu există o diferenţiere suficientă a sinelui persoanelor ce o compun, ar constitui o „masă nediferenţiată de egouri".

Terapia familială îşi are raţiunea de a fi în ideea că funcţionarea familiei, în ansamblu, poate fi perturbată. Iar „pacientul" sau „simptomul", mai precis manifestările psihopatologice pe care pacientul le evidenţiază şi care ajung în vizorul terapeutului, sunt o expresie a acestei perturbări globale, sistemice. Familia este un micro-grup uman ce interacţionează strâns şi care, din multe puncte de vedere, e asimetric. Între membrii familiei există legături mai mult sau mai puţin apropiate şi cu diverse semnificaţii (dragoste, ură, dependenţă, ambivalenţă, dominanţă, indiferenţă). Ei comunică într-o manieră complexă, lingvistic şi metalingvistic, cu sensuri clare, ambigui sau contradictorii. Comunicările pot fi cu dublu sens, astfel încât un tip de mesaj recepţionat condiţionează un alt tip de mesaj reciproc condiţionat. În familie există diverse roluri (paternale: de mamă, tată; de copil; fraternale; de bunic sau unchi) şi funcţionează tacit diverse reguli, mai mult sau mai puţin respectate de membri. Unii dintre aceştia au mai multă putere şi control asupra altora; între membrii familiei se pot realiza şi se realizează coaliţii, există relaţii externe pentru toţi (sau aproape toţi) membrii familiei. Totuşi, e mereu prezentă şi tendinţa de a păstra o homeostazie, de a se menţine tot timpul o coerenţă a familiei. Ceea ce se petrece cu un membru al familiei tinde să se repercuteze asupra tuturor celorlalţi, la fel ca în orice sistem. Dincolo de întâmplările neprevăzute şi de modificările proiectate pe termen scurt, există o dinamică a familiei pe timp mediu şi lung, care ţine de însăşi ciclurile vieţii: copiii cresc, unii pleacă din familie sau se căsătoresc, rămânând în interiorul ei, părinţii îmbătrânesc, unii mor ş.a.m.d.

În corelaţie cu studiile privitoare la psihopatologia developmentală şi cea corelată ciclurilor vieţii (care va fi comentată în capitolul următor) s-au dezvoltat cercetări sistemice în ceea ce priveşte psihologia şi psihopatologia developmentală a familiei, considerată în ansamblu, context ce încadrează destinul individual al persoanei. Se poate vorbi în mod pertinent de „cicluri ale dezvoltării familiale" (93), indiferent care este punctul de plecare. De exemplu, dacă se ia ca moment de referinţă întemeierea unei noi familii, prin căsătoria unui bărbat cu o femeie, evenimentul are în spate istoria biografică a dezvoltării fiecăruia dintre ei în cadrul propriei familii, până la vârsta la care s-au căsătorit. Aceasta se articulează cu cea a familiei lor de origine, a contextului familial în care s-au născut şi au crescut, ceea ce implică o multitudine de factori, precum: vârsta părinţilor la naşterea sa; – relaţiile psihice dintre părinţi; – perioada concepţiei şi naşterii sale; în ce măsură a fost un copil dorit sau nu; – cum s-a realizat procesul de maternaj în primul an (ceea ce implică toate relaţiile intrafamiliale ce au putut influenţa mama în această perioadă); – cum s-au realizat comunicările intrafamiliale în primii 3–4 ani de viaţă; – cum s-au desfăşurat relaţiile cu fraţii (dacă au existat) de-a lungul întregii copilării; – care a fost influenţa asupra copilului în dezvoltarea altor membri ai familiei lărgite (bunici, unchi, rude); – care a fost, în familie, sistemul de comunicare (extra-verbală şi verbală), cel de derulare a normelor (de permisivitate, interdicţie şi obligaţie), stilul sancţiunilor şi recompenselor, modelele de identificare, alianţele şi dinamica afectivă intrafamilială. Toate acestea se corelează, desigur, cu posibile influenţe extrafamiliale, cum ar fi: grupul de prieteni, influenţele din cadrul grădiniţei şi şcolii, modelele ideale vehiculate de cultură prin mas-media. Influenţele familiale sunt importante de reţinut, mai ales dacă se ia în considerare multitudinea situaţiilor anormale şi patologice posibile: faptul de a creşte, de la început sau de la o anumită vârstă, cu un părinte unic, cu unul vitreg, faptul de a fi crescut de rude, în instituţii, cu relaţii afective impersonale, perioade de vagabondaj sub regimul „copiilor străzii" etc.

De asemenea, este importantă anormalitatea sau patologia fizică, dar mai ales psihică, ce se poate desfăşura în propria familie. Dincolo de distorsiunile de comunicare, de tensiune şi conflicte persistente, de neclaritate a rolurilor, de perturbare a modelelor de identificare, de lipsa de afecţiune sau de educare din partea părinţilor, se pot menţiona şi situaţii, precum: – prezenţa unei tulburări psihice (de diverse intensităţi şi forme) la unul din părinţi (sau la mai mulţi din membrii familiei cu care copilul coabitează), manifestată de la diverse vârste de existenţă a copilului sau tânărului (ce are sau nu posibilitatea de a se detaşa de

aceste influenţe). Comportamentul abnorm, dissocial al unuia (sau a ambilor) din părinţi, în relaţiile dintre ei şi în cele cu copilul; alcoolismul şi agresivitatea, comportamentul abuziv (psihic, fizic şi sexual) faţă de copil, „atmosfera" psihologică din familie, stilul educativ. Toate acestea pot influenţa personogeneza, desigur, în balans cu factorii de posibilă compensare extrafamilială. Astfel încât, în momentul căsătoriei, subiectul poartă, în structura psihismului său, amprenta biografică a propriei copilării şi toate experienţele juvenile semnificative.

S-au încercat sistematizări ale acestor influenţe extrem de variate, pe care le suportă un copil sau un tânăr în perioada personogenezei. În ultimul deceniu, sistemul internaţional de clasificare a tulburărilor psihice şi comportamentale ICD-10 a propus o astfel de ordonare (94).[17]

Axa 5 a schemei de clasificare multiaxială, pentru îmbolnăviri psihiatrice ale copilului şi adolescentului din ICD-10, se referă la „împrejurări psihosociale asociate". Ea poate fi completată pe baza informaţiilor obţinute prin interviul (structurat sau semistructurat) ce are loc cu părinţii sau cu alţi informanţi credibili şi se referă la prezent şi la perioadele anterioare. Aspectele acestor influenţe sunt foarte multe şi, de aceea, structura interviului trebuie să fie flexibilă, având totuşi în vedere cât mai multe eventualităţi. După ce se obţin informaţii de bază asupra copilului şi familiei acestuia, se investighează în mod special: – ambianţa abnormă de viaţă (actuală sau în trecut); – educarea într-o instituţie; – situaţii ameninţătoare ce au apărut în urma plecării din propria familie; – situaţii parentale deviante (un părinte alcoolic); – factori traumatizanţi cronici, de natură interumană, legaţi de şcoală; – nelinişte generată de şcoală; – migraţia sau transplant social; – condiţii de viaţă cu o posibilă periclitate psiho-socială; – familia izolată; – evenimente de viaţă acute, traumatizante (pierderea unei relaţii dragi, relaţie perturbată prin apariţia de noi membri în familie, evenimente care duc la scăderea respectului faţă de sine); – factori traumatizanţi de ordin social (discriminare); – abuz sexual; – condiţii abnorme de educaţie (atitudine hiperprotectoare a părinţilor); – educaţie care nu permite o experienţă suficientă: – solicitări şi presiuni excesive din partea părinţilor; – relaţii intrafamiliale abnorme (lipsă de căldură în relaţia copil-părinte); – dizarmonie în familie între adulţi; – respingerea duşmănoasă sau tratarea copilului

[17] Temele prezente în acest instrument se regăsesc în comentariile de la începutul capitolului de faţă, precum şi în următorul (mai ales paragraful 4.3.2.-8); o parte se regăseşte în codurile Z din ICD-10 şi în axa III din diagnosticul pe axe al acestui sistem (paragrafele 2.7.2., 2.10).

ca pe un „ţap ispăşitor"; – maltratarea corporală a copilului; – comunicare intrafamilială inadecvată sau distorsionată: – tulburare psihică sau handicap la un membru al familiei (mai ales la un părinte sau frate).

S-a elaborat şi o scală – şi un chestionar – care încearcă să evalueze la adult, prin rememorare, elementele esenţiale ce au marcat dezvoltarea, cu accent pe influenţele intrafamiliale. Dintr-o altă perspectivă, complementară, s-au dezvoltat studii care să analizeze perioada copilăriei sale, şi să le eticheteze printr-o serie de calificative. Aceasta este ideea chestionarului EMBU, elaborat de Perris (95) şi care s-a dovedit a releva diferenţe semnificative între persoanele vulnerabile pentru anumite tulburări psihice. Structura EMBU este următoarea:

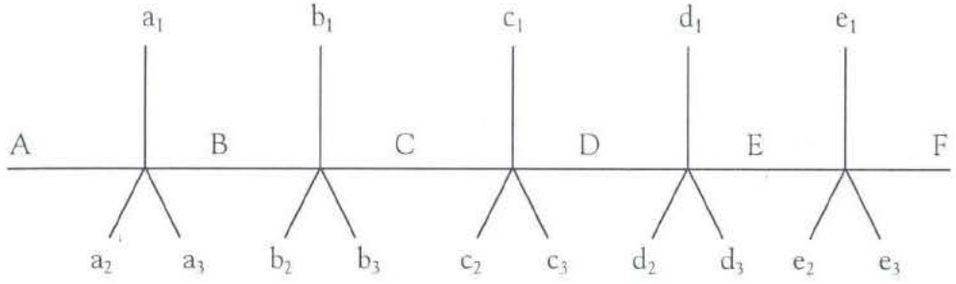
EMBU a lui C. Perris conţine 81 de întrebări la care subiectul este invitat să răspundă prin 4 variante: 1 = niciodată; 2 = rareori; 3 = deseori; 4 = întotdeauna. Întrebările se referă separat, pentru mamă şi tată. Iată primele întrebări: 1. Aţi simţit că părinţii (după caz, mama sau tata) se amestecau în tot ce faceţi? 2. Părinţii (—) v-au dovedit prin gesturi şi cuvinte că vă plăceau? 3. Aţi fost răsfăţat de părinţi (—) în comparaţie cu ceilalţi fraţi sau surori? ... 6. Se întâmpla ca părinţii (—) să vă pedepsească, chiar pentru mici prostii (pozne)?...10. Vi s-a permis să aveţi lucruri care celorlalţi fraţi sau surori nu le erau permise? Prin decodarea răspunsurilor, se identifică următoarele tipuri de atitudine parentală (ale tatălui sau mamei): – abuziv; – privativ; – punitiv; – umilitor; – rejectiv; – supraprotectiv; – supraimplicat; – tolerant; – afectuos; – orientând performanţa; – generator de culpabilitate; – stimulativ; – favorizând pe ceilalţi; – favorizând subiectul. O variantă simplificată (Arriendel) reţine doar 3 factori mai importanţi: rejecţie, căldură emoţională, supraprotecţie.

Dacă pornim de la momentul căsătoriei, o a doua dinamică a ciclului familial continuă, adăugându-se o nouă structură asupra celei marcate de familia de origine.[18] Pe de o parte, subiectul, ce şi-a întemeiat propria familie, păstrează, în spate, nu doar relaţiile interiorizate, ci şi cele nemijlocite cu propria familie de origine, cu care poate convieţui mai mult sau mai puţin apropiat fizic şi prin implicare comportamental afectivă. Pe de altă parte, există o dinamică proprie – un „ciclu" al acestei noi familii constituite, care parcurge o perioadă iniţială de adaptare reciprocă a partenerilor, precum şi numeroase variante ulterioare care pot consta din: – adaptare, înţelegere, stabilitate; – perioade de criză ce se pot încheia cu împăcare, cu despărţire temporară sau definitivă; – planificarea unui

[18] A se vedea paragraful 4.3.2.-8.

copil şi preocuparea faţă de el, după naştere; – apariţia altor copii şi rolul jucat de fiecare părinte în cadrul familiei lărgite (care poate cuprinde şi o parte din propriii părinţi şi rude, alte persoane apropiate, alţii copii sau tineri adoptaţi în familie) etc. Pe măsură ce copiii cresc, apar diverse probleme legate de şcolarizare, de integrarea lor în societate, mai târziu, de propriile lor relaţii afective, plecarea de acasă, şi/sau de căsătoria propriilor copii şi de relaţiile cu familiile cunoscuţilor acestora etc.

Deşi problematica şi relaţiile pe care le implică dinamica ciclurilor familiale pare infinită, ea poate fi, totuşi, trecută în revistă în perspectiva unor elemente esenţiale. Astfel, privitor la dinamica unui cuplu familial, se poate concepe cu o schemă de felul următor:



Perioada		Secvenţa
A=curtarea (prietenia)	→	a_1=căsătorie/a_2= concubinaj/a_3=eşec
B=planificarea unui copil	→	b_1=naşterea/b_2=adopţiunea/b_3=avort, moartea copilului
C=dizarmonie familială	→	c_1= împăcare/c_2= despărţire/c_3= divorţ
D=boala partenerului	→	d_1= vindecare/d_2 =defect/d_3= deces
E=iniţierea unei noi legături	→	e_1= recăsătorie/e_2 = concubinaj/e_3= eşec

F=armonie, înţelegere şi alte variante

Figura XIX. Prezentarea schematică a posibilităţilor evolutive ale ciclului propriei familii (după Lăzărescu)

Într-un sens mai larg, se cere implicată şi familia de origine, precum şi destinul propriilor copii. Toată această dinamică se desfăşoară în paralel, cuprinsă în contextul nişei ecologice umane proprii, a sistemelor de relaţii ale tuturor membrilor familiei ce trăiesc într-o socio-cultură determinată, nemijlocit şi mijlocit. Iar dinamica familiei, în ansamblu, este parţial previzibilă, parţial marcată de imprevizibil.

Destinul persoanei individuale se încadrează în acest context uman proxim.

Elementele de bază ale vieţii familiale considerată ca entitate supraindividuală, rezumate mai sus, pot prezenta diverse distorsiuni, ce au drept consecinţă deviaţii psihice ce se pot amplifica prin feed-back negativ, conducând la tulburări psihopatologice. Terapeutul familial are ca prim obiectiv să se apropie şi să se facă acceptat de către familie, să observe particularităţile (distorsiunile) interne ale acesteia, care, deseori, se bazează pe o „triangulaţie". Adică pe legătura sau coalizarea a doi membri ce victimizează pe un al treilea. Tulburarea sau simptomul, ce apare la unul din membrii familiei, deranjează şi-i face să sufere pe ceilalţi, care apelează la ajutor extern. Dar, în multe cazuri se constată că familia e foarte rezistentă la schimbarea modelelor sale de comunicare şi comportament, care condiţionează, cel puţin parţial, apariţia simptomelor psihopatologice. Astfel încât, dacă se produce o remisiune a simptomatologiei „pacientului", ea nu este însoţită întotdeauna de acele modificări ale fundalului familial care ar face ca „fostul suferind" să nu recadă. Terapia familială ar avea, deci, un rol la acest nivel de profunzime, intenţionând să metamorfozeze regulile, în ceea ce priveşte comunicarea distorsionată a membrilor săi, stilul de viaţă care provoacă sau întreţine un simptom la un anumit pacient.

În general, terapiile familiale se axează pe starea prezentă a familiei, pe caracteristicile actuale ale regulilor etc. Totuşi, unele doctrine nu refuză apelul la reactualizarea trecutului, care se cere a fi comentat, clarificat şi făcut transparent. Uneori devine clar că cel ce trebuie tratat în mod deosebit nu e pacientul oficial, ci un alt membru al familiei, iar o astfel de intervenţie nu e totdeauna o sarcină uşoară. Alteori, pragul de patologie este la marginea normalului la mai mulţi membri; dar, în prim plan, doar unul apare ca pacient (83). Un fapt interesant şi important, atât doctrinar, cât şi practic, terapeutic, este acela că, în perspectiva transgeneraţională, mulţi părinţi au un mod de comportament faţă de copiii lor, care repetă modelul comportamental al propriilor părinţi faţă de el; şi care este înscris profund în structura propriului psihism. Pentru terapeuţii familiali, obiectivul este ca familia să-şi conştientizeze cât mai mult propriile

caracteristici, astfel încât să se înscrie într-un proces de dezvoltare, într-o transformare pozitivă în ansamblul ei. Bineînţeles, cel care a fost ocazia apelului la terapeut, adică „pacientul", urmează şi el să devină liber de simptome şi să se metamorfozeze pozitiv în direcţia unui echilibru sufletesc şi a unei maturităţi psihice de ansamblu. Acesta este idealul procesului terapeutic.

Concepţiile despre patologia familiei, considerată ca ansamblu, şi despre terapiile familiale sunt deosebit de numeroase. Unele dintre ele reprezintă însă aplicarea la acest cadru a altor orientări doctrinare, cum ar fi cea psihanalitică, comportamental cognitivistă etc. De obicei, manualele încep comentariile cu studiile de la Palo Alto, realizate în jurul lui Bateson, privitoare la perturbarea comunicării mamă-copil în cazul schizofreniei, studii corelate cu teoria comunicării şi apoi cu cibernetica. Nu vom insista asupra acestora. Perioada era însă pe atunci pregătită pentru dezvoltarea terapiei familiale. Tot la Palo Alto, în 1959, Jackson fondează în această direcţie „Mintal Research Institute" (MRI), la care se ataşează Watzlawick. Între timp, în aceeaşi direcţie, pe coasta de est a SUA, se afirmă Ackerman. Bowen şi Boszormeny-Nagy sunt alte figuri importante ale începuturilor.

Vom menţiona câteva aspecte ale abordării structurale, dezvoltate de Minuchin şi Montalvo. Autorii consideră că interacţiunile familiale se înscriu în canavaua preorganizată pe care o constituie structura familială care aparţine unui alt ordin de realitate decât membrii sistemului familial. O asemenea structură presupune anumite reguli supraindividuale, sub-sisteme şi frontiere între persoane (şi subsisteme). Întreaga familie poate fi situată pe o axă care, în funcţie de aceste frontiere, se plasează la doi poli opuşi:

frontiere rigide – frontiere clare – frontiere difuze

dezangajare – zonă de normalitate – amestec

Această problemă a frontierelor persoanei (sinelui) o regăsim, sub o altă incidenţă, la Bowen (deja menţionat) şi la alţii. Autorii orientării structurale vorbesc deschis despre „distanţe interpersonale" (fapt ce permite o articulare cu psihopatologia de orientare fenomenologică). Aceste „distanţe" se manifestă în cadrul familiei (ele se pot manifesta şi în afara acesteia), dincolo de tipul de „frontiere" personale (rigide, clare, difuze) şi prin aspectul relaţional care poate fi de afiliaţie, asociaţie, implicaţie, conflict, coalizare, deviaţie. Minuchin a imaginat, pentru toate aceste aspecte, semne grafice, care permit „vizualizarea" diverselor situaţii ale unei familii, din diverse puncte de vedere. Alte aspecte, pe care viziunea autorului le subliniază, sunt: complementaritatea (= comportamentele a doi membri ai familiei se adaptează reciproc, astfel încât, dacă unul afişează

anumite aspecte ale persoanei sale, celălalt afişează o trăsătură complementară). Simptomul (psihopatologic) e susţinut de întreaga structură a familiei, şi face parte din aceasta. Familia constituie un sistem deschis care funcţionează în contexte sociale specifice. Acest sistem se dezvoltă în cursul timpului, trecând printr-un anumit număr de etape ce necesită fiecare o restructurare. Terapeutul e orientat spre prezent; după ce face eforturi să evalueze şi să aducă la lumină structura familială, el se străduieşte să creeze condiţiile care să permită transformarea acestei structuri. Sunt utilizate diverse tehnici. Ele delimitează frontierele, pot induce tensiuni stresante care să permită restructurarea, pot atribui sarcini terapeutice, pot să utilizeze simptomele, să manipuleze ambianţa afectivă, să susţină, să intervină, să conducă anumite persoane din familie.

Apropiată de abordarea sistemică este cea strategică, elaborată în mare măsură de Haley, care s-a inspirat mult din opera lui Erikson, şi pune accentul pe transformare. Terapia se desfăşoară în multe faze: – preparare şi cooperare; – rezolvarea problemelor; – faza terminală. Terapeutul trebuie să ţină cont în formularea diagnosticului şi de disfuncţionalitatea pe care o constată. Sunt avute în vedere patru variabile: – protecţia (care se referă la motivaţia unor membri ai familiei de a-i ajuta pe alţii); – unitatea (din perspectiva triangulaţiei deja menţionată, a partajării membrilor familiei aflate în terapie); – secvenţele (care pot fi evidenţiate în manieră liniară sau circulară); – ierarhia (descrisă într-un context generaţional al exprimării dragostei, protecţiei şi puterii într-o familie). Apoi urmează „directivele" ce ţin de metoda terapeutică propriu-zisă; unele directive pot fi preparatorii, se poate recurge la paradoxuri, e nevoie să se ţină cont de simpatii, competiţie şi empatie.

– Una din orientările importante ale terapiei familiale este cea experienţială iniţiată, pe de o parte, de Witaker, pe de altă parte, de doamna Satir. Această orientare pune un mare accent pe implicarea totală a terapeutului cu inconştientul, imaginarul şi creativitatea sa în desfăşurarea procesului terapiei, utilizând tehnici împrumutate din variate programe psihoterapeutice. E de reţinut, în mod deosebit, viziunea optimistă şi general antropologică a d-nei Virginia Satir, care compară familia cu un organism în creştere şi dezvoltare şi crede în mod constant în sensul pozitiv al acestui proces, atât pentru familie în ansamblu, cât şi pentru individ în parte, în direcţia creativităţii şi a afirmării dincolo de familie, în diverse nivele antropologice supraordonate. Terapia e concepută ca un proces de stimulare a sintezei, prin aceasta depăşindu-se „simptomele" şi psihopatologia, atât la nivelul familiei, cât şi la nivelul individului. Sinteză prin care se reunesc părţi preexistente, dar separate sau dispersate, eventual latente.

Se pune accent pe afirmarea individului în afara familiei, în diversele contexte social-valorice ale culturii în care trăieşte.

O dată ce procesul psiho-terapeutic şi al etio-patogeniei psihopatologice, ce stă la baza a ceea ce trebuie tratat, a fost extins dincolo de individ la relaţiile interpersonal-duale, la familia simplă şi lărgită, la familia privită în perspectivă transgeneraţională, procesul nu mai poate fi oprit de a se extinde şi mai departe.

A apărut, astfel, ideea practicii „terapiei în reţea", în legătură cu care e frecvent citat Speck. Se are acum în vedere, pentru discutarea problematicii unui caz psihopatologic – ce în alţi termeni poate fi considerat ca şi un simptom al familiei patologice – o reţea mult mai largă din care fac parte prieteni, vecini, colaboratori, diverşi indivizi care au o legătură semnificativă cu cazul dat. Suntem deja în afara „teoriei familiei" în zona „teoriei reţelelor sociale". Mai precis, se revine la identificarea şi implicarea „reţelei de suport social" (problemă care a fost deja comentată) şi se încearcă reunirea periodică a acesteia pentru dezbaterea cauzală a problemelor unuia din membrii acesteia. Procedeul este, desigur, foarte dificil şi costisitor; dar însăşi existenţa acestei idei, încercările de acţiune practică în acest domeniu, readuc în discuţie problema mai general antropologică a distanţelor sociale, a contactelor, şi legăturilor sociale ce pot uneori funcţiona pozitiv. În forma ce a fost propusă iniţial, intervenţia în reţea nu a putut dăinui; dar ea se regăseşte în multiple aspecte ale psihiatriei comunitare din zilele noastre.

În marginea psihoterapiei familiale mai sunt de comentat câteva probleme actuale. În primul rând, e de clarificat conceptul de familie care, cel puţin în ultimul deceniu al secolului XX, simte nevoia unei delimitări şi reformulări în raport cu tradiţia. E adevărat că, din punct de vedere istorico-cultural, tipurile de familie (deci şi definiţia lor) au fost destul de variate, fapt ce face dificilă transpunerea conceptelor şi experienţelor bazate pe familia nucleară europeană (tată-mamă-copil) pe alte tipuri de familii (cum ar fi cea islamic-poligamică). Problemele actuale vin însă şi din alte direcţii. De exemplu, dinspre mişcarea de liberalizare homosexuală, care luptă pentru dreptul de a se întemeia familii formate din persoane de acelaşi sex. Problema se complică enorm atunci când aceste cupluri, odată legalizate, capătă drept de adopţiune a copiilor.

Una din cele mai pasionante direcţii de dezvoltare ale terapiei familiale contemporane este „constructivismul social" şi sublinierea rolului naraţiunii ce devine, în prezent, evidentă, după ce multă vreme ideea a fost subestimată (ca, de exemplu, de concepţia comportamentalistă). Relaţiile dinte oameni se realizează prin limbaj, prin jocuri şi construcţii lingvistice. Psihanaliza lui Freud a presimţit

acest fapt, dar nu l-a dezvoltat decât în cadrul curei terapeutice, iar Lacan i-a acordat importanţă doar în contextul semioticii psihanalist structuraliste. Totuşi, însăşi trăirea şi înţelegerea conceptelor de „eu", „tu", „noi" şi „ceilalţi" se realizează prin discurs, prin naraţiuni, prin etichetare, prin logos.

La sfârşitul anilor '80 (ai sec. XX) se dezvoltă o mişcare de idei care încearcă să mute atenţia de la perspectiva riguros cibernetică şi limbajul ei – la care se referea Bateson, când a iniţiat, la Polo Alto, bazele ce au stat la dezvoltarea terapiei familiale – spre o altă viziune, ce pune accentul pe limbajul şi metaforele ce derivă din literatură, considerându-se că astfel se poate trece de la înţelegerea omului din epoca modernă (căreia cibernetica i-ar fi tributară) spre cea post modernă. Pentru această idee a pledat, iniţial, K.J. Gergen (din Pennsylvania). Ulterior, M. White a acordat tot mai mare atenţie „povestirilor" (relatărilor) care au o importanţă capitală pentru construcţia semnificaţiei experienţei individuale. „Problemele (persoanele) sunt înscrise în limbaj", cred şi cercetătorii de la centrul Milwaukee (din SUA) – Anderson, Goolishian şi alţii. Se impune tot mai mult ideea dialogului în raport cu cea a intervenţiei, organizându-se o „terapie colaborativă". A apărut, de asemenea, şi un nou concept, cel al „cunoaşterii de al treilea tip" (L. Hoffman) care nu se referă nici la lumea exterioară, nici la cea interioară, ci la un „spaţiu relaţional terapeutic". (Această idee poate fi apropiată de cea a „obiectelor tranziţionale" comentate de Winnicott, ce va fi prezentată în capitolul următor).[19] Oricum, s-a dezvoltat o orientare ce pune un accent crescut pe valenţele limbajului comunicativ, reprezentaţional, narativ – ca aspect esenţial nu doar în existenţa individuală, ci şi în interacţiunile intrafamiliale – normale sau distorsionate şi în practica unei terapii familiale constructiviste ce utilizează limbajul, formulările realizate prin limbaj nu doar în sens strict expresiv sau comunicativ, ci şi reprezentaţional, asertiv, „mitic" şi ontic.[20] Deci, o invocare a „lumii" a 3-a a lui Popper, desigur, într-un sens lărgit şi special. Practica psihoterapeutică din acest domeniu a început să abordeze tot mai detaliat „mitologiile" familiale, ce influenţează individul şi apoi se pot transmite transgeneraţional.

Psihologia, patologia şi psihoterapia, privite din perspectiva familiei, nu anulează centrul de greutate al psihopatologiei care rămâne la nivelul persoanei umane conştiente, la nivelul individual al antroposului.

[19] Problema e reluată în Cap. 4 şi 5.
[20] Vezi paragraful 4.3.2.-3.

3. Bibliografie, note, comentarii

70. Modificarea de atitudine socio-culturală globală în direcţia democratizării societăţii a propulsat „bolnavul" sau „defectivul" psihic grav din recluziunea spitalicească spre existenţa în comunitate, alături de ceilalţi concetăţeni ai săi, fapt ce a inspirat şi titlul acestui capitol. Mutaţia nu s-a făcut lin, uneori au existat exagerări în „dezinstituţionalizare", societatea nu a fost (şi nici în prezent nu este) suficient pregătită pentru a convieţui alături de aceste persoane, dar drumul este ireversibil. În dezvoltarea capitolului vor fi comentate câteva aspecte ale acestui proces, cu unele trimiteri bibliografice. În prezent, există asociaţii internaţionale, congrese, reviste şi nenumărate publicaţii pe această temă din care nu putem alege, drept bibliografie, doar câteva. Menţionăm de la început:
    a) Mironţov-Ţuculescu, V., Predescu, V., et all (1986), *Sănătate mintală în lumea contemporană*, Ed. Medicală, Bucureşti. Aceasta a fost prima carte, care abordează această problemă, redactată şi publicată în România şi care poate fi şi, în prezent, citită cu interes.
    b) Mosher, L.R., Burti, L., (1989), *Community Mintal Health*, Ed. Norton & Company, New York – London.
    c) Breakey, W.R. ed. (2001), *Servicii integrate de sănătate mintală*, Ed. Fundaţiei PRO, Bucureşti.

Modificarea de optică a condus şi la felul în care sunt redactate tratatele. Astfel, Tratatul European de Psihiatrie, publicat în 1991, ca replică la cel american, se intitulează:

    d) Seva, A., (1991), *European Handbook of Psychiatrie and Mental Health*, (s.n.) Ed. Antropos, Saragosa.

Pe de altă parte, nici un tratat de „Psychiatrie" nu se mai rezumă la „psihiatria clinică", cea centrată pe cazul psihiatric, sistemul nosologico-nosografic şi tratamentul spitalicesc, ci are în vedere şi această nouă dimensiune. Astfel, de exemplu, Tratatul publicat de Murray şi Hill (citat la bibl. 28. a) cuprinde capitolele: 19. Psihiatria în practica generală; 20. Psihiatria comunitară şi evaluarea serviciilor; 21. Psihiatria de legătură etc.

71. Bibliografia în acest domeniu este, de asemenea, imensă, incluzând cărţi, reviste specializate, publicaţii în reviste curente de prestigiu, congrese şi simpozioane orientate în acest domeniu etc. Vom menţiona câteva titluri bibliografice, alese aleator:
    a) Talbott, J. A., (1997), „De la desinstitutionalisation au „managed care", L'information Psychiatrique, 73, p. 806–812.
    b) Thornicroft, G., Tansella, M., (2001), „Modelul matricial al sănătăţii mintale", Ed. Medicală, Bucureşti.
    c) Wilkinson, G., Piccinelli, M. et all, (1995), „An evolution of community-based psychiatric care of people with long-term mental illness", The British J. of Psychiatry, 167, p. 26–32.

    d) Winslow, W.W., (1979), *The changing role of psychiatrists in community mental health center*, American Journal of Psychiatry, 136, p. 24–27.
    e) Wolf, J., van Weeghel, J., (1997), „Innovations dans les soins psychiatriques", L'information Psychiatrique, 73, p. 765–772.
    f) Leff, J., (1993), „The TAPS Project: Evaluating Community Placement of Long – stay Psychiatric Patients", The British Journal of Psychiatry, Suppl., 162.
    g) Drake, R.E., Becker, D.R. et all, „Partial hospitalization vs supported employment: Vocational outcomes", Community Mental Health Journal, 30, p. 519–532.
    h) Donovan, C.M., (1982), „Problems of psychiatric practice in community mental health centers", Am. J. of Psychiatry, 139.
    i) Chamberlain, R., Rapp, C.A., (1991), „A decade of case management: a metho-dological review of outcome research", Community Mintal Health Journal, 27, p. 171–188.
    j) Bammel, J., (1994), *Psychosen, aus dem schizophrenen Farmenkreis. Ein Ratgeber fur Patienten und Angehorige*, Springer, Berlin. Lucrări şi texte, ca cele citate mai sus, au fost redactate de autorii englezi, apoi în diverse ţări, inclusiv de WPA. Ele există şi în România.

72. Üstun, T.B., (1998), *Mental Disorders in Primary Care* – A World Health Organisation training package, Geneva, WHO.
73. Goldberg, D., Benjamin, S. et all, (1987), *Psychiatrie in medical practice*, Routledge, London.
74. Lăzărescu, M., Mircea, T., Sturz, O., (2001), *Ghid de sănătate mintală şi psihiatrie pentru medicii de familie*, Ed. Solness, Timişoara.
75. The WPA Global Programme Against Stigma and Discrimination because of Schizophrenia (1997), Sartorius, N., WHO, Geneva.
76. Lăzărescu, M., *Calitatea vieţii în Psihiatrie* (1999), Ed. Infomedica, Bucureşti.
77. Katschnig, H., Freeman, H., Sartorius, N., (1998), *Quality of Life in Mental Disorders*, Ed. John Willey & Sons, New York.
78. Haffner, H., Heinden, W., (1991), „Evaluating effectiveness and cost of community care for schizophrenia patients", Schizophrenia Bulletin, 173, p. 441–451.
79. Knapp, M., Beecham, J. et all, (1994), „Service use an cost of home-based versus hospital, based care for people with serious mental illness", The British Journal of Psychiatry, 165, p. 195–203.
80. Phelan, M. et all, (1995), „The Camberwell assessments of need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness", The British Journal of Psychiatry, 157, p. 589–591.
81. Bebbington, P. E., (1990), „Population Surveys of psychiatric disorder and the need for treatment", Social Psychol. and Psychiat. Epidem., 25 (I), p. 33–34.
82. Thornicroft, G. et all, (2000), „Reliable outcome resources for mental health service research in five European Countries: the EPSILON study" in The

83. Cosman, D., (1999), *Sinuciderea*, Ed. Rispoprint, Cluj.
84. Prelipceanu, D., (1993), *Adaptare, periculozitate şi boală psihică*, Teză de doctorat, Universitatea de Medicină şi Farmacie Timişoara.
85. Prelipceanu, D., (2000), „Aspecte juridice contemporane în sănătatea mintală", în: Prelipceanu D., Mihăilescu, R., et all, ed., Tratat de Sănătate Mintală, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, p. 559 – 568.
86. Bloch, S., Chodoff, P., (2000), *Etică Psihiatrică*, Asociaţia Psihiatrilor Liberi, Bucureşti.
87. Ardeleanu H., Mihalache, G., (2000), *Practica expertizei medico-legale în psihiatrie*, Ed.Treira, Oradea.
88. Gâldău, Fl., (1995), „Statutul juridic al bolnavului psihic", Analele Universităţii Oradea, Seria Medicină 1, Oradea.

Literatura privitoare la psihopatologia şi psihoterapia familială este imensă, astfel încât alegem doar câteva titluri:

89. Nichols, P., Schwartz, R.C., (1988), *Family Therapy*, Allyn and Bacon, Boston, Londra.
90. Blach, S., Hafner, H., et all, (1993), *The Family in Clinical Psychiatry*, Oxford Univ. Press, New York.
91. Elkaim, M., (1995), *Panorama des therapies familiales*, Ed. Seuil, Paris.
92. Mircea, T., (1998), *Patologie Familială*, Ed. Marineasa, Timişoara.
93. L'Abate, L., (1994), *Handbook of Developmental Family*, Psychology and Psychopathology, John Willey & Sons, New York.
94. Burk, B.; Werner, K. & Poustka, F., *Die Anwendbarbeit, Reabilität und Validität eines neues Glossars zur beschreibung der fünften Achse des Multi-axialen Klassifikationsschemas in der Kinder-Jugend psychiatrie: Assozierte aktualle abnorme psychosoziale Umstande*, DFG Forschungsbericht, Frankfurt/Main.
95. Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., von Knorring, L., Perris, H., (1980), „Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour", Acta Psychiatrica Scandinavica, 61: 265–274.

4. PSIHOPATOLOGIE – BAZE DOCTRINARE ŞI PERSPECTIVA DEVELOPMENTALĂ

4.1. Baze doctrinare ale psihopatologiei

4.1.1. Generalităţi

Psihopatologia ca ştiinţă s-a dezvoltat în sec. XX, deşi rădăcinile sale pot fi găsite în sec. al XIX-lea. După studiile de pionierat ale lui Freud, Janet şi alţii, în 1911 apare lucrarea de referinţă a lui Jaspers „Algemeine Psychopathologie" (13). Deşi extrem de bogată în material clinic, această carte nu este doctrinar neutră. Ea poziţiona de la început ceea ce era descris ca „psihopatologie" într-o anumită orientare ştiinţifico-filosofică. Jaspers acceptă şi susţine argumentativ distincţia lui Dilthey dintre ştiinţele spiritului, bazate pe sesizarea determinismului prin comprehensiune şi ştiinţele naturii, în care pentru determinism funcţionează explicaţia cauzală. Problematica omului rămâne în orbita spiritualităţii, a „Filosofiei Spiritului" în tradiţia lui Hegel (96), pe când cea a corporalităţii, inclusiv în formula sa biologic superioară, se află dincolo de limita ce desparte problematica naturii de precedenta, adică, ar aparţine de zona „Filosofiei Naturii" în exprimarea lui Hegel. După începuturile sale psihiatrice, Jaspers a devenit unul dintre principalii filosofi existenţialişti ai sec. XX, cu o explicită orientare spiritual-religioasă. De aceea, el nu a renunţat niciodată la distincţia netă dintre explicaţia cauzală şi comprehensiune, perspectivă metodologică ce creează o falie între lumea fizico-biologică şi cea specifică antroposului.

Faptul că, în cazul omului individual, a persoanei umane conştiente, se intersectează două lumi distincte, din punct de vedere ontic, a ridicat continuu

probleme metodologice şi doctrinare ce se regăsesc şi în psihopatologie. Acesta din urmă s-a dezvoltat, în mare măsură, în cadrul anumitor „şcoli", ce-şi aveau propria doctrină şi concepţie despre om, chiar dacă limitată, implicând, mai mult sau mai puţin explicit, tema esenţială menţionată mai sus.

4.1.2. Psihism biologic şi psihism uman; implicaţii pentru psihopatologie

Psihismul este propriu nu doar oamenilor, ci şi animalelor. Acest fapt a fost sesizat clar, acum peste 2000 de ani, de către Aristotel (97.a.), care, mai mult decât atât, considera că orice fiinţă vie este caracterizată prin „psiché" („anima" în traducere latină), astfel încât s-ar putea distinge un psihism vegetal (vegetativ), unul animal şi cel al omului. Acesta din urmă se diferenţiază prin caracteristici specifice şi anume, prin ceea ce stagiritul numea „nous" (pasiv = „pateticon" în greacă şi activ = „poeticon"). Expresiile respective au fost traduse în latină şi reconceptualizate în dogmatica creştin-medievală (fiind explicit prezente în comentariile lui Thoma d'Achino – sec. XIII) prin „intelectus-patients" şi „intelectus-agens". Aristotel, care s-a ocupat mult de studiul biologiei, a subliniat şi caracterul activ – intenţional al psihismului, faptul că fiinţa psihică urmăreşte totdeauna un scop final (el a creat pentru denumirea acestui aspect ontic şi un cuvânt nou = „entelehie") (97.b.). În sfârşit, filosoful grec era un adept al continuumului fiinţărilor, în perspectiva complexităţii lor (a „marelui lanţ al fiinţei", în formula lui Levojoi) (98); conform acestei doctrine nu ar exista o discontinuitate (de principiu, radicală) între fiinţele biosului (plante, animale) şi cele ale lumii umane (antropos). Diferenţa e doar de complexitate, existând constant verigi intermediare. Această idee, a „plenitudinii lumii" şi continuităţii dintre fiinţele şi fiinţările ce devin din ce în ce mai complexe, e prezentă şi în gândirea din zilele noastre. În completarea celor de mai sus, adăugăm că, şi Hegel, exponent de vârf al idealismului german, susţinea – la fel ca şi Aristotel – prezenţa psihismului în universul biologic; dar, conform doctrinei sale, omul realiza un salt calitativ, trecând de la universul naturii la cel al „spiritului" (revenit la sine). Pentru Hegel, psihismul uman se diferenţiază de cel biologic prin conştiinţă şi spiritualitate. Viziunea aristoteleană a fost prezentă şi în sec. XX. Pentru psihiatrie, menţionăm lucrarea lui Monacow şi Morgue (99), care a preluat o parte din termenii stagiritului, ea nu a avut însă la timpul său un răsunet important. Pe de altă parte, psihologia şi psihopatologia, ce s-au dezvoltat în ultimele decenii sub semnul cognitivismului, se plasează şi ea în cadrul

acestui înţeles al continuumului dintre bios şi antropos. Searle, (100) împreună cu mulţi alţi filosofi cognitivişti, (97) înţelege explicit conştiinţa ca un fapt biologic, ce are la bază funcţionalitatea creierului. Într-o lucrare recentă, referitoare la psihopatologie, Bolton şi Hill (101) caracterizează, în tradiţie aristoteleană, readaptată la doctrinele cognitiviste actuale, psihopatologia umană ca având la bază o „disrupţie a intenţionalităţii". Studiile etologice din ultimele decenii, cu aplicabilitate în psihopatologia developmentală, se plasează în aceeaşi paradigmă doctrinară.

4.1.3. Psihismul uman şi sufletul în sens transcendent-transcedental

O altă perspectivă ideologică tradiţională este cea care consideră că sufletul uman este net distinct – aflat în discontinuitate – în raport cu dimensiunea sa fizico-biologică. Această concepţie derivă din ideologia religioasă asupra lumii şi a creaţiei sale de către Fiinţa Supremă. În tradiţia iudeo-creştină, ce a stat la baza spiritualităţii Europei, omul a fost creat după chipul şi asemănarea lui Dumnezeu, fiinţă absolută, transcendentă şi eternă. Moartea „aparentă" a omului individual ţine de solul inferior, biologic, în care acesta este plasat, înrădăcinat. „Sufletul adevărat" al persoanei este însă, în principiu nemuritor, el urmând să apară la „judecata de apoi", însoţit de „eidoliile" sale corporale. Dubla sorginte a persoanei, constând, pe de o parte, din sufletul incoruptibil şi, pe de altă parte, din corpul său biologic, stă la baza unui dualism funciar, care, în Europa, s-a definit după Renaştere, prin concepţia şi prin formulările lui Descartes. Acesta a susţinut şi a încercat să fundamenteze distincţia esenţială dintre două ranguri de realităţi (de dimensiuni ale fiinţei): 1. „res extensa", care cuprinde întreaga natură fizică şi biologică (animalele fiind înţelese ca nişte automate neraţionale); 2. „res cogitans", ce cuprinde universul conştiinţelor caracterizate prin reflexivitate, raţionalitate, diacronie. Omul este constituit din reuniunea acestor două tipuri de realităţi. Garantul legăturii între „res cogitans" şi „res extensa" în om este, după Descartes, Dumnezeu. În această viziune, continuumul dintre psihismul biologic şi cel uman, susţinut de Aristotel şi urmaşi, dispare, făcând loc unui dualism ce concepe două regnuri de fiinţare: – unul începe cu Dumnezeu şi, trecând prin multiple fiinţe intermediare, se termină la om, ca reflex în lumea creată a creatorului; – cel de al doilea constă din lumea creată ce urcă până la zona de joncţiune bio-psihică, ce reprezintă solul pe care se instalează specificul omului (această disjuncţie rezultă firesc din fundamentele

concepţiei lui Descartes; cu toate acestea, în textele sale există şi pledoarii pentru plenitudine şi continuum, în sensul comentat de Levojoi).

Gândirea Europei s-a dezvoltat în mare măsură în continuarea acestui dualism. Idealismul german, declanşat în sec. XVIII, prin Kant, subliniază şi susţine instanţa conştiinţei – mai apoi şi pe cea a persoanei – ca o caracteristică esenţială a „oricărei fiinţe raţionale posibile" (ceea ce exclude instanţa biologică, dar admite pluralitatea fiinţelor raţionale). O dată cu Schelling şi Fichte, este subliniată instanţa „eului", ca suport pentru conştiinţă, persoană şi spiritualitate. Iar, în final, Hegel pune accent pe cuplul conştiinţă-spiritualitate, ca aspecte specifice, a zonei ontice a umanului (a Filosofiei Spiritului) în raport cu ceea ce ţine de universul natural, fizico-biologic (comentat în Filozofia naturii). În esenţă, e vorba tot de o polarizare duală, deşi aceasta e înţeleasă acum ca parte sau moment evolutiv al unui „ansamblu" (a unei totalităţi ontico-ontologice). De remarcat că, Hegel acordă, în cadrul Fenomenologiei Spiritului, o importanţă deosebită „praxisului", fapt ce va avea importante consecinţe în gândirea ulterioară a Europei. În sec. XIX, această polarizare şi-a găsit o nouă formulare, prin distincţia dintre „ştiinţele spiritului" în opoziţie cu „ştiinţele naturii". Dilthey este considerat gânditorul de referinţă în acest domeniu. De fapt, tot el e cel ce l-a inspirat pe Jaspers, când a scris „Psihopatologia", rămânând celebru prin diferenţierea de metodă pe care a introdus-o: ştiinţelor naturii li s-ar aplica explicaţia cauzală; ştiinţele spiritului se bazează pe interpretarea comprehensivă (hermeneutică, în continuarea formulărilor şi dezbaterilor iniţiate, la începutul sec. XIX, de către Schleirmacher).

Tradiţionala dihotomie între res cogitans şi res extensa s-a manifestat şi în domeniul psihopatologiei. Menţionăm două aspecte.

În primul rând, e de amintit punctul de vedere al lui (Kurt) Schneider (102) care, pe baza unor argumente derivate din cele menţionate mai sus, considera că doar corpul biologic se poate îmbolnăvi, iar sufletul (uman), – care, în esenţă este nemuritor, – nu poate fi coruptibil, putând beneficia doar de variaţii. De aceea, el considera drept boli ale psihiatriei doar pe cele condiţionate evident organic, precum şi pe cele endogene, considerate tot cu un substrat organic ce urmează a fi descoperit. Reacţiile comprehensibile, precum şi variaţiile personalităţii (=persoane psihopate), nu ar constitui boli, ci ipostaze ale diversităţii antropologice. În al doilea rând menţionăm doctrinele psihopatologice care s-au revendicat de la metodologia lui Husserl şi filosofia existenţialistă.

Husserl revine la Descartes şi consideră că, din punct de vedere filozofic, singura soluţie împotriva scepticismului este recurgerea, până la ultimele consecinţe, la cogitoul dubitativ. El propune, deci, „punerea între paranteze" a vieţii

cotidiene, pentru a ajunge la conştiinţa ultimă de sine a subiectivităţii (transcedentale) care atestă cu certitudine că eu, deci ceva ferm şi fundamental, exist. Acest proces este dublat, după Husserl, de constatarea că această cogitare fundamentală este intenţională, că ea „vizează" în manieră „noetică" ceva ce aparţine lumii; iar această lumea vine în întâmpinare şi se oferă într-o manieră „noematică" vizării intenţionale noetice. Se constituie, astfel, un univers al subiectivităţii conştiinţei transcedentale, ce implică raportarea intenţională la lume şi posibilităţile cunoaşterii acesteia. Intenţionalitatea fenomenologică vizează descifrarea semnificaţiei şi sensului datelor lumii şi ale raportului „eu – lume", din perspectiva subiectivităţii conştiente. În lucrările din ultima perioadă a vieţii sale, Husserl încearcă să argumenteze cum subiectivitatea transcedentală se cuplează printr-o anumită mediaţie, proiecţie şi generare, cu o altă subiectivitate transcedentală, constituindu-se „universul intersubiectivităţii", ce ar sta la baza practicilor (praxis-ului) umane şi a cunoaşterii desfăşurate sub formă de teorii.

Metodologia şi filosofia lui Husserl au inspirat o serie de psihopatologi din sec. XX, între care menţionăm, în primul rând, pe Binswanger (103). Acesta, după ce s-a apropiat iniţial de psihanaliză, a optat pentru filosofia lui Heidegger din „Sein und Zeit", considerând că viziunea asupra omului (!) din această lucrare reprezintă o revoluţie pentru psihopatologie (elaborările filosofice, de la începutul carierei lui Heidegger, datorează destul de mult metodei fenomenologice a lui Husserl). În ultimele sale studii, Binswanger recurge explicit la Husserl, aşa cum se exprimă acesta în cercetările sale tardive (privitoare la intersubiectivitatea transcedentală). Şi alţi filosofi de orientare fenomenologică şi existenţialistă au influenţat psihopatologia. Minkowski se revendică de la filosofi ca Scheller şi Bergson, iar Zutt şi Laing, de la Sartre. Această psihopatologie fenonenologico-existenţialistă a acordat puţină importanţă bazelor biologice ale psihismului uman. O sinteză a studiilor şi analizelor fenomenologice privitoare la psihoze o găsim în lucrarea clasică a lui Tatossian (104).

4.1.4. Semnificaţia studiilor biologice privitoare la ştiinţele creierului („neuroscience"), ale celor etologice şi cognitiviste pentru psihopatologie

Cercetările etologice studiază comportamentul animalelor în mediul lor natural. Împreună cu experienţele realizate pe animale superioare, în condiţii standardizate şi bine monitorizate – „de laborator" –, acestea au evidenţiat

multiple aspecte ale psihismului biologic care sunt comune cu cel uman. Întâlnim la acest nivel biologic funcţii psihice, precum: atenţia, percepţia, memorarea şi utilizarea datelor mnestice, învăţarea, investigarea activă a mediului înconjurător, reacţii determinate în raport cu stimuli specifici, decizii în condiţii de risc. Şi la fel, pulsiuni spre satisfacerea unor nevoi primare (sete, foame, sexualitate) ce se rezolvă prin anumite comportamente, manifestări ale agresivităţii, fricii, depresiei, evitării pericolului, ataşamentului şi comportamentului prosocial. Se formează astfel, intraspecific, cupluri şi grupuri relativ stabile, care-şi delimitează un teritoriu propriu şi chiar o locuinţă (cuib, vizuină), unde vor fi îngrijiţi puii după naştere; aceştia beneficiază deseori de programe de învăţare-educare din partea adulţilor. În grup se realizează ierarhii, instaurându-se, după confruntări, câte un mascul dominator. Teritoriul propriu este apărat de intruşi. Se adaugă comportamente de căutare, de migrare şi alte manifestări psiho-sociale care-şi au un evident echivalent, – chiar dacă, uneori, prin analogie şi interpretare în unele practici şi comportamente umane (105).

Aceste funcţii şi comportamente se regăsesc la om atât la nivelul psihismului individual, cât şi în cadrul relaţionării cu altul şi al relaţiilor psiho-sociale (unele din modelele comportamentale animale sunt transferate în ritualuri sociale). Pentru mamiferele superioare se acceptă existenţa unui rudiment de eu – de self – şi chiar de conştiinţă, în sens de reflexivitate subiectivă.

Toate funcţiile psihologice şi comportamentale corelative, ce le întâlnim la animale şi la om, sunt în strânsă legătură cu funcţionalitatea creierului. La fel ca întreg corpul, cu toate organele sale, şi encefalul se dezvoltă după fecundare, urmând legi biologice. Celulele nervoase, în urma mitozelor, a migrărilor neuronale şi a conexiunilor dintre neuroni, conduc la o structură cerebrală funcţională determinată. Creierul uman se diferenţiază totuşi de cel animal prin mărimea sa crescută şi prin dezvoltarea prevalentă a unor zone cu funcţii complexe dintre care amintim, ca fiind de importanţă primordială, următoarele 3 (106):

1. Zona prefrontală, responsabilă între altele de comportamentul intenţional, de iniţiativă şi autoreglarea acţiunilor cu scop;

2. Zonele fronto-temporale responsabile de uzul limbajului, de receptarea, interpretarea, utilizarea sa semiotic expresivă mimico-gestuală, dar mai ales sub forma limbajului verbal articulat de tip uman (bazat pe un lexic semnificant şi pe reguli gramaticale, stabile, posibil de a fi însuşite prin învăţare, dar şi generative);

3. Zonele parieto-temporale responsabile de sinteza schemei corporale (= reprezentarea limitelor propriului corp dincolo de care se desfăşoară spaţiul

exterior), dar şi de cunoaşterea (şi asimilarea imagourilor) altor persoane ce se pot compara, suprapune, raportându-se la propria imagine de sine a subiectului; şi astfel pot fi „reprezentate" şi introjectate de către acesta.

Creierul uman, deşi determinat în esenţă genetic, nu are o dezvoltare încheiată la naştere. Migrarea neuronilor şi conexiunile interneuronale continuă multă vreme după acest moment, fiind sub influenţa stimulilor ambientali, care, deci, joacă un rol structurant. Rezultă că perturbarea funcţionării cerebrale, responsabilă de tulburări psihice – tranzitorii sau prelungite – poate fi condiţionată atât genetic, prin noxe biologice care acţionează asupra creierului intrauterin, perinatal şi postnatal, cât şi prin stimuli ce vin de la alte persoane şi sunt specifici universului uman (107). Unii pot acţiona chiar prenatal, aşa cum ar fi vocea şi emoţiile mamei, muzica. Postnatal, întregul proces de maternaj din primul an, dar şi influenţele ulterioare, de până la 3 ani, precum şi cele educativ-instructive din perioada personogenezei, stau la baza edificării psihismului uman adult (care poate fi considerat psihismul standard). De reţinut este faptul că, deşi toate influenţele ce vin din lumea umană pot fi considerate a fi informaţii (într-o accepţie generică a acestui termen), există în acest proces structuri informaţionale cu valoare specifică pentru om, aşa cum ar fi:

a) Imagoul figurii umane, a persoanelor umane în general, care se prezintă cu valoarea unui alter-ego similar propriului ego, care la acest nivel se bazează pe schema corporală;

b) Informaţia structurată ca limbaj asertiv-critic (distinct de acel expresiv-emoţional), pe care copilul o receptează iniţial sub forma poveştilor, şi care stă la baza preluării de către individ a cunoaşterii lumii aşa cum se prezintă aceasta în socio-cultura sa; şi deci, accesul la lumea a 3-a a lui Popper. Aceasta are la bază structura neuro-fiziologică ce permite receptarea şi înţelegerea psihologică a semnificaţiilor limbajului uman;

c) Limbajul purtător de semnificaţii deontice (permis, interzis, obligator) care, alături de alţi semnificanţi umani cu astfel de valenţe, face ca tânărul să-şi însuşească normativitatea grupului său social (baza neurofiziologică a acestora e dificil de descifrat, dar poate fi corelată cu funcţiile de orientare şi coordonare specifice lobului frontal). Progresiv, concomitent cu maturarea psihismului individual al persoanei, acesta se integrează în dimensiunea supraindividuală a umanului, cu care se intercondiţionează reciproc în cadrul unei „perihoreze"[21].

[21] Privitor la noţiunea de perihoreză, a se vedea capitolul I, bibl. 8.

Înţelegerea psihismului uman din perspectivă biologică, ca fiind bazat pe funcţionalitatea creierului şi pe învăţarea socială, a stat şi ea la temelia unor doctrine şi cercetări psihologice, cu răsunet în psihopatologie şi psihoterapie. Menţionăm programele de studiu „pozitiviste", realizate prin metodologia „reflexului condiţionat" atât în varianta clasică a lui Pavlov, cât şi în varianta „operantă" a lui Skinner. Acestea s-au plasat pe o poziţie diametral opusă faţă de cele inspirate de fenomenologie şi existenţialism, care puneau accentul pe subiectivitatea conştientă. Ele erau orientate spre observarea şi înregistrarea obiectiv-neutră a comportamentelor ce rezultă în urma unor stimulări, considerând că ceea ce se întâmplă în creier, între stimul şi răspuns, este o problemă a unei „cutii negre" (black-box) în raport cu care se pot face doar ipoteze, în mod condiţionat testabile. Acest „comportamentalism" („behaviourism") a întâlnit revoluţiile teoretice – în mare măsură legate de matematizare – ce s-au realizat în cea de a doua jumătate a sec. XX. E vorba de studierea transmiterii informaţiei (Shannon), de conceptul de informaţie inversă, corelat cu dezvoltarea ciberneticii (Winner), de teoria sistemelor (Bertalanffy), de dezvoltarea „inteligenţelor artificiale", de metodologia modelării în general. Toate acestea au condus la apariţia şi dezvoltarea unei doctrine „cognitiviste" ce se aplică în egală măsură psihismului uman, animal şi „sistemelor de inteligenţă artificială cu autoreglare". După ce s-a dezvoltat o psihologie şi o psihoterapie cognitivistă, se conturează şi o filosofie (108), (109) şi psihopatologie cognitivistă (101). Progresele enorme realizate în domeniul „ştiinţelor creierului" („neuroscience") au favorizat acest program. Creierul nu mai e considerat acum o „cutie neagră", ci un domeniu, o structură funcţională a individului ce dezvoltă o cunoaştere care se organizează după modelul unei „teorii ştiinţifice"; aceasta se îmbogăţeşte prin noi experienţe şi informaţii, şi stă la baza elaborării comportamentelor intenţionale, cu scop, supervizând împlinirea obiectivelor. Pornind de la perspectiva mai sus menţionată, se redeschid noi probleme, cum ar fi cea a relaţiei dintre funcţionalitatea creierului, conştiinţa de sine şi a lumii, cunoaşterea şi înţelegerea conştiinţei şi intenţionalităţii altora („the theory of mind") etc. Toate acestea probleme devin importante pentru psihopatologia contemporană. Studiile se cumulează progresiv, astfel încât, pe lângă monografia deja menţionată, la Bolton şi Hile, precizăm că, în anul 2001, tematica Congresului anual al Asociaţiei Americane de Psihiatrie (APA) a fost centrată pe acest domeniu, fiind formulată în termenii: mintea întâlneşte creierul (Mind meets brain), congres la care s-au prezentat o serie de cercetări angajate în această „paradigmă" ştiinţifică.

Până la un punct, psihismul individual este o expresie a funcţionalităţii creierului, fiind deci tributar biologiei. De la un anumit punct, el se împărtăşeşte din – asimilează şi exprimă – instanţa supraindividuală a umanului, care există şi fără de fiinţarea unui individ anume (lumea a 3-a a lui Popper, în sens lărgit). De aceea credem că se cer acceptate, în acelaşi timp, şi teoria continuităţii psihismului (în tradiţia lui Aristotel) şi cea a discontinuităţii, care atribuie un specific ireductibil acestui psihism (în tradiţia lui Descartes, modificată prin contribuţiile care, în ultimele două secole, au derivat din gândirea idealismului german şi orientarea fenomenologico-existenţialistă). Iar legătura între aceste două perspective este realizată prin procesul de informaţie şi intenţionalitate, valabil în ambele. Totuşi, informaţia are funcţii şi poate fi comentată prin conotaţii diferite în cazul intenţionalităţii biologice, prin care se urmăreşte realizarea unui scop (în cadrul căruia se manifestă ca o cauză finală în sensul lui Aristotel); şi a celei umane care vizează descifrarea semnificaţiilor datelor lumii, a propriei poziţionări în lumea specific umană şi împlinirea unui sens, implicând astfel instanţa valorilor şi a transcendenţei. Reducerea intenţionalităţii şi a informaţiei ce se afirmă şi se manifestă în manieră fenomenologică în lumea umană, la cea din universul biologic – sau a unor sisteme abstracte cu autoreglare – amputează specificul acesteia, anulând comentariul propriu antropologiei şi psihopatologiei, reducându-le la o schemă universală, dar săracă şi nespecifică. Dubla perspectivă menţionată dă drept de cetate în psihopatologie atât cercetărilor ce derivă din perturbarea funcţionalităţii creierului (realizate prin experienţe pe animale, prin cercetările din seria ştiinţelor creierului şi a celor modelate de „Inteligenţa Artificială"), cât şi analizelor ce rezultă din abordarea fenomenologică şi înţelegerea omului ca fiinţă spirituală. Faptul menţionat reiese clar, dacă se urmăreşte longitudinal existenţa unei persoane umane din perioada sa intrauterină şi imediat postnatală – când individul apare ca o fiinţă aproape exclusiv biologică – până la maturizarea şi îmbătrânirea sa în mijlocul unei socio-culturi. Acesta este, de fapt, proiectul psihologiei şi psihopatologiei developmentale – completată cu cea a ciclurilor vieţii – ce s-a dezvoltat amplu în ultimele două decenii, şi pe care-l vom parcurge în ansamblul acestui capitol. Cu precizarea că, până în prezent, cercetările în acest domeniu s-au bazat în esenţă pe o doctrină pozitivistă care a asimilat progresiv perspectiva etologiei, pe când, în expunerea ce va urma, îşi va face locul treptat şi o perspectivă fenomenologică, a subiectivităţii conştiente, specifice omului, lumii umane.

Înainte de a întreprinde acest demers, considerăm necesar un scurt comentariu asupra psihanalizei.

4.2. Problema psihanalizei

4.2.1. Psihanaliza clasică – prezentare succintă

Se poate afirma, fără exagerare, că în sec. XX, psihopatologia şi psihoterapia au fost serios marcate de psihanaliză

Aşa cum bine se ştie, doctrina psihanalitică a lui Freud nu s-a constituit dintr-o dată, iar între etapele sale succesive de elaborare nu a existat o perfectă coerenţă. Totuşi, perspectiva temporală permite să se degajeze, să se decanteze o serie de teme şi teze ce definesc psihanaliza lui Freud şi a continuatorilor. În continuare va fi prezentat un foarte scurt rezumat al psihanalizei clasice ce conţine, credem, elemente fecunde pentru alte direcţii derivate de studiu psihologico-psihopatologic şi antropologic (110).

În ansamblu, psihanaliza lui Freud conţine un principiu „developmental". Ea consideră că psihismul copilului se dezvoltă de la naştere şi până în jur de 5 ani, trecând prin faze succesive, bine determinate, care exprimă etape fireşti le dezvoltării „sexualităţii infantile". Sexualitatea umană, la fel ca orice „sexualitate biologică" constă dintr-o pulsiune ce are în vedere un obiect care poate să-i producă satisfacţii – operând în conformitate cu „principiul plăcerii". Din start, Freud dă „instinctului sexual" („trieb" în germană nu înseamnă propriu-zis instinct, ci „pulsiune") o interpretare particulară, de vreme ce-l cantonează la nivelul obţinerii unei satisfacţii (a unei „plăceri") în urma unei relaţii cu un „obiect" (vizând relaţia cu un partener, cu aspecte ale acestuia şi/sau zone ale propriului corp), lăsând în umbră (reducând până la un nivel minimal, dar păstrând ca un orizont de semnificaţii), ceea ce constituie esenţialul instinctului sexual în biologie: acuplarea între parteneri de sex opus în vederea procreării şi perpetuării speciei. Revenind la doctrina freudiană, pentru care „sexualitatea infantilă" („erosul", căutător al satisfacţiei obţinute din raportarea la – şi în colaborare cu – celălalt) rămâne un principiu căutător de plăcere, aceasta identifică o serie de etape succesive ontogenetic. În prima fază, a primelor luni de viaţă, zona în care se obţin satisfacţiile este cea orală, ca urmare a sucţiunii laptelui din sânul matern; în acest moment, satisfacţiile depind în mare măsură şi de interesul pe care copilul îl acordă propriului corp pe care-l investighează şi pe care-l exersează. Deci, satisfacţiile pot fi obţinute şi din raportarea individului la sine însuşi, de unde şi noţiunea de „narcisism" (primar). Urmează, succesiv, faze în care „satisfacţia" individului, ce se relaţionează la părinţi, se mută

din zona orală a propriului corp pe cea anală (în al 2-lea an, cât copilul se poate astfel opune exigenţelor de curăţenie ale acestora, realizând satisfacţii „erogene" o dată cu defecaţia). Urmează faza uretrală (exhibiţionistă) urmată de cea falică, când interesul faţă de zona sexuală (şi diferenţele sexuale) este crescut; şi când s-ar derula şi o serie de scenarii imaginativ-fantasmatice de identificare şi relaţionare cu părinţii.

Toate zonele erogene, de satisfacere a libidoului, implică prezenţa altor persoane umane. Pe primul loc se plasează mama; dar, foarte curând, intră în joc cuplul parental, constând din acţiunile convergente ale mamei şi tatălui, în educaţia sfincterelor. În ultima fază, în care la 3–4 ani copilul sesizează clar diferenţele de sex (datorită şi atenţiei crescute acordate propriului corp); tatăl începe să joace un rol important în reprezentările „imaginar-fantasmatice" ale copilului, preconştiente sau inconştiente. Apare ceea ce psihanaliza freudiană a numit „Complexul Oedip". Pentru băiat, tatăl este perceput tot mai clar – dar, în continuare, „fantasmatic-neconştient" – ca un concurent faţă de afecţiunea şi dorinţa sa de posesiune completă a mamei doar pentru sine. Treptat, copilul devine capabil să perceapă imagourile părinţilor ca realităţi coerente cu care se poate identifica şi pe care le poate introjecta. După 3 ani, băiatul poate trăi, în manieră imaginar-inconştientă („fantasmatică"), dorinţa de a îndepărta tatăl, pentru ca mama să-i aparţină doar lui. Dar această pulsiune este reprimată în zona inconştientă de rigorile supra-eului, fapt ce conduce la un conflict intrapsihic între sine şi supra eu, mediat de eu. Prin aceasta, „complexul Oedip" este generator de culpabilitate şi de anxietate. Mai ales că, tot în manieră „fantasmatică", copilul poate resimţi frica de reacţia punitivă a tatălui care ar intenţiona să-l castreze (=„complexul de castrare"); (fetele ar trăi, în manieră simetrică, convingerea anxioasă că au fost castrate). Drept soluţie, urmează identificarea de durată cu unul din părinţi (cu tatăl, în cazul complexului Oedip); de fapt, cu „imagoul" patern respectiv. Această identificare are un rol formator, de preluare a elementelor culturii, prin imitaţie. Rezolvat sau nu, complexul Oedip şi eventualele fixaţii pe zone erogene, prealabile celei falice, care-l însoţesc, trec în stare de latenţă după 5 ani, realizându-se o primă refulare. Dar, dacă dezvoltarea nu a fost întru totul armonică, rămâne o vulnerabilitate neconştientă. În perioada pubertăţii şi adolescenţei, zona genitală devine efectiv funcţională pentru realizarea principiului plăcerii şi pentru reproducerea speciei. Înainte sau după realizarea relaţiilor erotice interpersonale efective. Anumite evenimente sau situaţii critice pot reactiva complexele nerezolvate ce zac în adâncime, psihismul dezechilibrându-se. Pentru a scăpa de anxietatea ce o induc complexele reactivate,

„aparatul psihic" găseşte soluţii surogat ce se exprimă prin simptome nevrotice. Cura psihoterapeutică psihanalitică conduce la descoperirea pulsiunilor deviante şi a complexelor nerezolvate din copilărie. Iar prin analiza transferului faţă de psihoterapeut – care reactualizează relaţiile deviante din copilărie cu unul din părinţi – se realizează, în final, o echilibrare a psihismului adultului.

Povestea psihanalizei nu se rezumă la cele de mai sus. Ea presupune identificarea unui „aparat psihic" – ce se dezvoltă în paralel cu corpul biologic – şi care are mai multe instanţe. Dintr-o anumită perspectivă, se pot diferenţia: sinele, care este sursa pulsiunilor; eul, care mediază; supra-eul, ce reprezintă atitudinile de interdicţie şi punitie a liberei manifestări pulsionale a sinelui (ghidat de principiul plăcerii) de către societate; şi pe care copilul le preia de la părinţi, o dată cu introjectarea imagourilor acestora ca un echivalent simplificant al conştiinţei morale. Instanţa eului încearcă să ţină echilibrul, pe de o parte, între pulsiunile sinelui şi interdicţiile supra-eului, pe de altă parte, între primele şi realitatea dată („principiul realităţii" tinde şi el să regleze „principiul plăcerii").

În afară de triada sine, eu, supra-eu (id, ich, oberich) psihismul uman s-ar mai diferenţia în alte 3 zone: inconştientul (Ic.), preconştientul (Pc.) şi conştientul (C.). Cel mai important şi amplu ar fi Ic., care cuprinde, din punct de vedere topic funcţional, atât sinele, cât şi o mare parte din supra-eu şi chiar din eu. Din punct de vedere al conţinutului, Ic. cuprinde întreg materialul psihic experimentat parţial (fantasmatic) prin pulsiunile sinelui dar reprimat, refulat prin acţiunea supra-eului care-l împiedică nu doar să se manifeste, ci şi să devină conştient (reflexiv). Acest material constă din pulsiuni, tendinţe, dorinţe, obiective, însoţite de eventuale reprezentări ale unor scenarii de acţiune posibilă, toate derulate într-o instanţă imaginar-fantasmatică şi care nu are acces direct la conştiinţa reflexivă lucidă. Zona relativ restrânsă a conştiinţei conţine o parte din eu şi se află în raport cu realitatea dată (se bazează pe „principiul realităţii"). Eul, care se află atât sub presiunea sinelui, supra-eului, cât şi a realităţii, realizează o serie de „mecanisme de apărare" prin care se conservă; dar care pot genera şi ele simptome psihopatologice (acestea au fost comentate pe larg de Ana Freud). De asemenea, subiectul realizează de obicei un „ideal al eului". În afară de represiune şi refulare, există şi soluţii pozitive pentru materialul inconştient, care se poate împlini prin „sublimare" creativ-culturală.

Din această construcţie relativ complicată, pentru psihanaliză este important să se recunoască, în primul rând, importanţa pulsiunilor inconştiente,

conflictul intrapsihic şi existenţa unui inconştient activ şi dinamic, polarizat faţă de zona „conştientă" a psihismului persoanei; şi care face ca unele conţinuturi ale psihismului să se manifeste doar indirect, pe o cale modificată, mascată.

Din recuzita conceptelor freudiene mai face parte, pe lângă aspectele topice şi dinamice deja menţionate, şi un principiu energetic. Conform acestuia, aceeaşi energie libidinală este investită prin fixarea (catexis) pe diverse „obiecte"; dar e posibilă dezinvestirea şi reorientarea acesteia în alte direcţii. Apoi, a mai fost adus în discuţie „narcisismul" nu doar în forma sa primară, ci şi într-una secundară. În sfârşit menţionăm că, spre sfârşitul vieţii, Freud a considerat că în om există pe lângă un principiu al vieţii (erosul, orientat spre plăcere, satisfacţie, împlinire) şi un principiu al morţii (thanatos), orientat spre blocare, repetiţie monotonă, distrugere, moarte.

Psihanaliza s-a dezvoltat şi în afara viziunii proprii a lui Freud, prin doctrinele elaborate încă din cursul vieţii sale, de către disidenţi şi nedisidenţi declaraţi; şi, ulterior, de către diverse şcoli de inspiraţie psihanalitică. Menţionăm câteva tendinţe care nu se îndepărtează prea mult de ortodoxia psihanalitică şi încearcă să o dezvolte. Psihanaliza freudiană a fost aplicată pentru interpretarea diverselor tipuri de caracter particular sau anormal. Considerarea „aparatului psihic" dintr-o perspectivă structurală a condus spre dezvoltarea în cadrul psihanalizei, a unor accente puse pe „eu", pe „obiect" şi pe relaţiile dintre acestea. Astfel, „principiul plăcerii" a început să fie înlocuit, de unii autori, cu principiul căutării „obiectului" gratifiant şi securizant. „Obiectul" este, în general, o altă persoană, în prima fază, mama, ca ansamblu. Unii autori au lansat ideea unor relaţii pre-objectuale sau cu „obiecte parţiale", cum ar fi, sânul matern (M. Klein). Eul, la rândul său, a căpătat în ochii unor psihanalişti o importanţă mai mare decât la Freud. Încă fiica sa, Ana Freud, a dezvoltat teoria mecanismelor de apărare ale eului. Acesta a fost apoi re-considerat şi din perspectiva reflexivă a „self-ului" (Kohat). O psihanaliză centrată în mare măsură pe „eu" are drum deschis spre o psihologie şi psihopatologie bazată pe relaţiile interpersonale. În sfârşit, influenţele transculturale au fost şi ele studiate atât în ceea ce priveşte educarea copilului în diverse culturi, cât şi în perspectiva modificărilor societăţii europeno-centrice în cursul şi la sfârşitul veacului XX.

Complexitatea doctrinei psihanalitice nu poate fi redusă la o expunere de câteva pagini. Această doctrină a fost menţionată deoarece atrage atenţia asupra faptului că, formarea developmentală a psihismului presupune relaţii strânse cu alţi oameni, cu părinţii şi familia în ansamblu, – sau cu echivalenţi ai acestora – într-o manieră în care subiectul în formare ajunge să-şi reprezinte

aceste persoane apropiate ca imagouri coerente, pe care le poate „introjecta" şi asimila. Dacă ţinem cont şi de procesul de identificare esenţial în gândirea psihanalitică, rezultă că propriul eu, pentru a se defini, are nevoie de un schelet interior format dintr-o reprezentare de durată în sinea sa adâncă, în interioritatea structurii propriului psihism, a propriului eu, a unor alte persoane ce formează o matrice sau un „organizator" pentru însăşi definirea şi afirmarea de sine. Această idee fundamentală o vom urmări în continuare mai îndeaproape, în contextul psihopatologiei developmentale. Înainte de aceasta vom menţiona câteva din principalele comentarii critice care s-au adus psihanalizei şi continuă să fie de actualitate.

4.2.2. Disidenţi psihanalitici iniţiali

Unii dintre disidenţii psihanalizei freudiene, precum Adler şi Jung, au creat doctrine originale care s-au dezvoltat pe un drum paralel cu cel al psihanalizei ortodoxe.

Menţionăm doar că psihologia individuală a lui Adler stă la baza studierii şi analizelor actuale privitoare la „stilul de viaţă" al persoanei, deosebit de important pentru o existenţă sanogenetică în general şi pentru clarificarea împrejurărilor în care subiectul se autoimplică şi participă – neconştient – la pregătirea şi realizarea unor stări psihopatologice. Din vasta operă antropologico-culturală a lui Jung, menţionăm aici doar tema „individuaţiei". Aceasta se referă la realizarea de sine armonică la vârsta adultă, trecând prin „crize" ale ciclurilor vieţii în sensul realizării unei existenţe autentice şi cu sens. Eşecul acestui proces favorizează stările psihopatologice. Ideile lui Jung se articulează parţial cu cele ale psihopatologiei fenomenologice, dar mai ales cu logoterapia lui Frankl şi analiza existenţial-personală a lui Längle, ce vor fi comentate la sfârşitul acestui capitol. Un caz mai special este cel al lui Binswanger care, pornind de la Freud şi elogiul descoperirilor acestuia, s-a orientat spre o viziune fenomenologico-existenţialistă bazată pe filozofia lui Husserl şi Heidegger. În urma acestei noi poziţionări, el a considerat concepţia lui Freud ca fiind „biologizantă", deoarece pune un accent excesiv pe „instinctul" sexual. Distanţarea faţă de părintele psihanalizei era cu totul firească, pentru că fenomenologia lui Husserl, de orientare explicit neo-cartesiană, pune accentul pe conştiinţă, considerată ca un criteriu ultim; pe când, Freud pune sub semnul întrebării – al dezbaterii – însăşi instanţa conştiinţei. Este interesant că, deşi, Binswanger (111) a sesizat pertinent că descoperirile psihanalizei, precum şi cura sa terapeutică se realizează

printr-o „relaţie umană axată pe limbaj" (pe limbajul asertiv, specific omului), el nu a reţinut şi comentat această situaţie ca un aspect „ne-biologizant" al doctrinei. Asupra acestei probleme a revenit, ulterior, Ricoeur (112), demonstrând riguros că omul viziunii psihanalitice este o realitate (o fiinţare) de ordin secund, mediată de limbaj şi interpretări hermeneutice (fapt ce i-a permis şi o analogie cu „Fenomenologia Spiritului" a lui Hegel). Tot un aspect „ne-biologizant" al psihanalizei îl constituie postularea instanţei „supra-eului", esenţial pentru explicarea conflictului intrapsihic ce stă în centrul acestei doctrine. Ori, „supra-eul" derivă evident din conştiinţa morală (de sorginte iudeo-creştină), neputând fi imaginat în universul biologiei, chiar şi în contextul unor rafinate elaborări etologice. De fapt, istoricii psihiatriei şi ai psihopatologiei au identificat, cu suficientă rigoare, faptul că marile teme ale psihanalizei freudiene se regăsesc în psihiatria romantică germană din sec. al XIX-lea (113), şi anume: inconştientul, funcţia activă a imaginarului şi visului, cea a conştiinţei morale în sensul păcatului (şi viciului) etc. În cele din urmă, chiar recurgerea la mit, la mitul lui Oedip, ca să punem punctul pe „i", este un fapt specific uman, ce face parte din lumea a 2-a, a lui Popper, cea a stărilor de conştiinţă şi a comportamentelor, raportate la lumea a 3-a, cea a poveştilor, legendelor, istoriilor.

4.2.3. Psihanaliza şi problema inteligenţei

Psihanaliza ignoră problematica inteligenţei şi a acţiunilor ghidate de un scop conştient. Tema inteligenţei va găsi o dezvoltare amplă, iniţial, în studiile lui Piaget, şi apoi, în „psihologia cognitivistă" a ultimelor decenii. Cognitivismul modern face frecvente trimiteri la „psihologia populară" (Folk psychology) şi consideră că una din caracteristicile esenţiale ale psihismului uman individual este intenţionalitatea (114). Aceasta este înţeleasă acum altfel decât în fenomenologia lui Husserl – şi psihopatologia ce se revendică de la aceasta – unde era interpretată doar în sensul „vizării intenţionale de către cogito-ul prereflexiv şi reflexiv a unei lumi corelative" în vederea descifrării semnificaţiei şi sensului corelativ conştiinţei subiectului (transcedental). În cognitivism, intenţionalitatea este înţeleasă ca centrarea pe acţiunea eficientă, orientată de scopuri, ceea ce, la om, s-ar realiza şi prin „jocurile lingvistice" ghidate de reguli în înţelesul lui Wittgenstein. Pornind de la o astfel de înţelegere cognitivist-intenţională, recent, Bolton şi Hill încearcă (1998), (101), aşa cum deja s-a amintit, o explicare-înţelegere a psihopatologiei în termeni de „disrupţie a intenţionalităţii".

Notă: a) Interpretarea intenţionalităţii de către cognitivişti se articulează cu accentul pus pe comportament (acţiune) în psihopatologia lui Janet, cu primatul acţiunii asupra schemelor inteligenţei în psihologia lui Piaget şi cu principiile de bază ale etologiei, la care face referinţă, frecvent, actuala psihopatologie developmentală. Privind dintr-o perspectivă globală evoluţia în biologie şi antropologie, Popper susţine că: „comportamentul este vârful de lance al evoluţiei". S-ar putea susţine că şi psihanaliza aduce în discuţie intenţionalitatea, dar sub forma „căutării" plăcerii (şi mai recent a „obiectului"), fără a pune accentul pe acţiune, pe comportament;

b) Interpretarea limbajului din perspectiva acţiunii, a comportamentului ghidat de reguli, aşa cum propune Wittgenstein şi acceptă autorii menţionaţi (101), poate fi reţinută doar dacă se corelează cu participarea sa la structurarea şi reorganizarea unor discursuri teoretice asertive; de fapt, chiar acest lucru se propune în lucrarea amintită, în care însuşi psihismul persoanei, privit din perspectiva cunoaşterii, este asimilat unei astfel de teorii.

4.2.4. Psihanaliza şi cunoaşterea lumii de către subiect

Ignorarea de către psihanaliză a conţinutului cunoaşterii lumii de către om, dincolo de relaţiile interpersonale, în cadrul unei socio-culturi susţinute de limbaj, instituţii şi norme, teorii ştiinţifice, istorii, poveşti şi diverse aserţiuni mai mult sau mai puţin adevărate.

Elementul esenţial al acestui aspect al psihismului derivă din limbajul comunitar. Deşi s-a ocupat de problema limbajului, Piaget nu a acordat, nici el, atenţie „conţinutului cunoaşterii". Cognitivismul actual se preocupă în mod deosebit de această problemă, de relaţia dintre gândire şi limbaj, de aspectele **extensionale** şi **intensionale**[22] ale acestora, aşa cum se exprimă ele în realitatea umană. O atenţie specială se acordă (108): – „limbajului gândirii", reprezentărilor, conţinutului minţii, dorinţelor şi credinţelor ce ar putea fi formulate în

[22] Termenii „intensional" şi „extensional" sunt specifici semanticii logicii, derivând din opera lui Frege (ei se referă la „predicate" înţelese în sens larg (adică cu posibile referinţe la concepte, noţiuni, expresii). „Intensiunea" indică sau exprimă conţinutul, caracteristicile, determinările esenţiale (definitorii) ale respectivului predicat (noţiune, expresie), iar „extensiunea" se referă la totalitatea entităţilor la care aceste caracteristici se aplică. În perspectiva semanticii logicii, problema este complexă, ridicând-o pe cea a adevărului în diverse lumi posibile, pe cea a expresiilor ce desemnează indivizii unici etc. Am menţionat această temă nu doar pentru că este mult dezbătută de psihologia şi filosofia cognitivistă actuală, ci pentru că are posibile corelaţii cu psihopatologia (cu dezorganizarea ideo-verbală din schizofrenie).

„propoziţii atitudinale". Această din urmă temă, cea a „propoziţiilor atitudinale" e un subiect de studiu interesant, datorită asemănării parţiale cu poziţionările (atitudinale) prereflexive ale cogito-ului de care vorbea fenomenologia husserliană. Ea e importantă şi din punct de vedere al celor ce tind – în manieră reducţionistă – să identifice psihismul cu funcţionarea creierului, ridicându-se întrebări de tipul: există „sentinţe" în capul omului? Care e rolul cauzal al sintaxei şi semanticii unor astfel de sentinţe?! Mai mult decât atât, a fost propusă o interpretare conform căreia cunoaşterea lumii, pe care o posedă un individ, să fie considerată similară cu o „teorie ştiinţifică"; noile cunoştinţe experienţiale s-ar include în ea, la fel cum, noile date ştiinţifice confirmă sau infirmă o teorie. La fel s-ar putea vorbi despre valoarea predictivă a cunoaşterii personale, organizate ca o structură coerentă de teorii de tip ştiinţific. Aşa s-ar explica mai bine şi teoria constructelor personale ale lui Kelley, utilă în interpretările psihopatologice. Această idee s-ar articula cu mai vechea temă a psihologiei şi psihopatologiei germane, privitoare la reprezentarea şi concepţia despre lume a unui om („Weltanschang").

Notă: Problematica conţinutului cunoaşterii şi a organizării acestuia în psihism, în corelaţii cu limbajul şi prin comparare cu teoria, e utilă în explicitarea delirului şi a dezorganizării ideo-verbale din schizofrenie.

4.2.5. Psihanaliza şi activitatea cerebrală

Cu toate că a fost acuzată de „biologism", psihanaliza lui Freud nu a acordat atenţie studierii corelaţiilor dintre activitatea psihică şi cea cerebrală. Tendinţe în această direcţie au existat în tot cursul secolului, de la neo-aristotelismul lui Monokow şi Morgue, la studiile lui Guiraud, Lehrmitte, Ey (cu al său organo-dinamism) (115).

H. Ey a atras atenţia, în ale sale „Etudes Psychiatriques", că preocuparea faţă de baza cerebrală a tulburărilor psihice a fost o constantă şi în sec. XX, menţionând pe Bleuler, Wernike, Clerambauld, Leonhard etc. Dar marea revoluţie s-a produs în a doua jumătate a sec. XX, după descoperirea neurolepticelor şi afirmarea viguroasă a etologiei. În aceeaşi perioadă s-au dezvoltat studiile în direcţia Inteligenţei Artificiale, iar ştiinţele creierului („neuroscience") au ajuns să capete un interes de prim rang.

În acest context, s-a dezvoltat şi psihologia cognitivistă. Iar psihopatologia actuală, mai ales cea developmentală, se plasează ferm pe poziţia studierii

concomitent (sau în paralel) a tulburărilor psihice şi cerebrale. Atât doar că, această orientare se cere integrată într-o viziune mai amplă a antroposului care să includă şi instanţa „logosului" şi a „spiritualităţii" aşa cum s-a sugerat deja. În prezent se are în vedere faptul că, în mod normal, copilul se naşte cu o zestre genetică ce susţine dezvoltarea corporalităţii sale, incluzând pe cea a creierului. Iar la nivelul creierului, o întreagă structură funcţională este potenţial înnăscută, gata pentru a fi stimulată, deja intranatal, dar mai ales postnatal, pentru a realiza o dezvoltare normală a individului uman.

4.2.6. Dezvoltări actuale în domeniul psihologiei conştiinţei

În sfârşit, problema conştiinţei, a funcţionalităţii conştiente a psihismului uman a fost şi ea dezbătută în sec. XX, şi în afară de psihanaliză.

Lăsând la o parte mişcarea fenomenologico-existenţialistă, tendinţele actuale în domeniul psihologiei persoanei sunt în direcţia acceptării şi studierii unor aspecte, cum ar fi: selful (sinele, eu-însumi), autonomia, auto-reglarea, auto-organizarea, auto-generativitatea şi de asemenea auto-reflexivitatea („Eu", ca subiect, mă raportez la „Mine", ca obiect, Bandura (116), auto-determinarea, subiectivitatea, libertatea personală. Subiectul reflexiv în sens de „self", de sine auto-organizator, incluzând primele patru caracteristici dintre cele menţionate mai sus, este acceptat ca fiind o realitate şi la nivelul animalelor superioare (117), (studii recente tind să extindă ideea de „self" la orice sistem cognitiv cu auto-organizare şi autoreglare (118). Se consideră, de către mulţi cercetători, că primordiile sale ar apărea în primul an de viaţă, în contextul atitudinii pro-active, de căutare a întâlnirii cu altul şi a descoperirii de sine. Conceptul actual de self nu se mai suprapune pe sinele psihanalizei. În plus, tradiţionala temă a conştiinţei nu a fost părăsită. Celelalte caracteristici ale conştiinţei (temă ce va fi reluată şi comentată analitic în Cap. 5) sunt mai specifice omului. Dacă fenomenologia a supraevaluat problematica conştiinţei persoanei umane, în ultimele decenii s-au afirmat şi alte tendinţe, orientate spre o mai riguroasă abordare a problemei. Există preocupări actuale privitoare la „operaţionalizarea" elementelor conştiinţei umane, la articularea acesteia cu conceptul de decizie liberă, responsabilitate, persoană. Nici conceptul de spiritualitate a persoanei subiectiv-conştiente nu este abandonat, ci regândit şi reconceptualizat, de exemplu, în cadrul analizei existenţiale a şcolii din Viena, ce a fost şi va mai fi menţionată.

4.3. Psihopatologia developmentală

4.3.1. Generalităţi

Psihopatologia developmentală s-a afirmat în ultimele decenii ca un domeniu de studiere riguroasă, observaţională şi experimentală, a dezvoltării în paralel a instanţei biologice şi psiho-socio-spirituale a individului, concomitent din perspectivă normală şi deviant-patologică. Cercetările în această direcţie s-au dorit cât mai puţin dependente de doctrinele psihopatologice şi fără ambiţia de a alimenta o potenţială teorie unică sau unificatoare. Această tendinţă nu s-a putut realiza, desigur, într-o formă pură, studiile de psihopatologie developmentală neputând ignora tradiţia şcolii lui Piaget, teoria învăţării şi a condiţionării („behaviourismul"), teoria cognitivistă, psihopatologia interpersonală sau psihanaliza.

Programele de cercetare ale psihopatologiei developmentale sunt centrate, de obicei, pe domenii bine delimitate, tocmai datorită pretenţiilor de rigoare „pozitivistă" a studiilor. De aceea, în mod inevitabil, investigaţiile realizate se cer comparate, corelate, reunite pentru a se obţine periodic bilanţuri ale cunoştinţelor dobândite, care să fie articulate într-un ansamblu cât mai coerent. Faptul pretinde, din timp în timp, să se publice monografii în domeniu. Menţionăm două sinteze: una din 1982, coordonată de Rutter (care poartă titlul de „Psihiatrie developmentală") (119), şi alta, din 1995, coordonată de Cichetti şi Cohen (cu titlul „Psihopatologie developmentală"), (21).

Tabla de materii a primei monografii menţionate este următoarea:

Secţiunea I. Influenţe asupra dezvoltării: 1. Introducere; 2. Genetica şi dezvoltarea mintală; 3. Maturarea sistemului nervos central; 4. Anomalii congenitale, constituţia corporală şi aspectul corporal; 5. Influenţe familiale; 6. Influenţe şcolare; 7. Influenţe comunitare şi culturale; 8. Diferenţe psihologice care ţin de sex; 9. Diferenţe individuale în temperament; 10. Învăţarea.

Secţiunea II. Funcţionarea corporală: 11. Alimentarea şi somnul; 12. Dezvoltarea controlului sfincterian; 13. Dezvoltarea motorie şi disabilitatea motorie; 14. Lateralitatea; 15. Reactivitatea sistemului nervos autonom.

Secţiunea III. Cogniţia: 16. Percepţia; 17. Dezvoltarea atenţiei; 18. Limbajul; 19. Abilităţile de citit şi pronunţarea; 20. Dezvoltarea cognitivă; 21. Inteligenţa.

Secţiunea IV. Dezvoltarea emoţională şi socială: 21. Ataşamentul şi dezvoltarea relaţiilor sociale; 22. Relaţiile familiale şi cu alte persoane: două lumi sociale; 23. Jocul; 24. Dezvoltarea emoţională; 25. Dezvoltarea psihosexuală; 26. Dezvoltarea morală; 27. Dezvoltarea agresivităţii.

Secţiunea V. Teorii şi abordări: 28. Tendinţe şi probleme în perspective.

Când, peste 13 ani (1995), problema este abordată din nou în monografia coordonată de D. Cichetti şi D.J. Cohen, termenul de „Psihopatologie developmentală" se încetăţenise în aşa măsură încât, el apare chiar în titlu (în loc de „Psihiatrie developmentală"). Lucrarea are acum 44 de capitole şi aproximativ 2000 pagini. Cele două capitole din cartea coordonată de Rutter, privitoare la dezvoltarea sistemului nervos din perspectiva genetică (cap. 2 şi 3), sunt înlocuite de 6 capitole. Sunt prezentate, în perspectivă developmentală, o serie de entităţi nosologice, precum schizofrenia, tulburările obsesionale, disociative, de personalitate, alcoolismul etc. Nu este ignorată problema psihologico-psihopatologică „minte-corp" în sensul recunoaşterii, într-un obiect perceput, a faptului că aceasta este o persoană umană ce are anumite intenţii, dorinţe etc. De asemenea, este abordată problema vulnerabilităţii, a controlului stresului şi a „elasticităţii" persoanei („resilience"), în perspectiva cursului vieţii.

Psihopatologia developmentală s-a dezvoltat şi se dezvoltă la confluenţa mai multor ştiinţe. Genetica şi studiile neuro-developmentale ţin de biologie. Dezvoltarea creierului, intrauterin dar şi postnatal, face posibil ca, la un moment dat, individul să fie sensibil la anumiţi stimuli, să poată realiza anumite sinteze. Informaţiile şi afectele psihice, receptate de către un subiect, au valoare doar dacă sunt interpretate adecvat şi utilizate cu o finalitate corespunzătoare. Întârzierile în dezvoltarea sistemului nervos central (SNC), mai sectoriale sau mai globale, fac dificile anumite achiziţii şi manifestări psihologice care pot perturba alte funcţii psihice cu care sunt corelate. Pe de altă parte, stimulii informaţionali, psihologici, ce vin din ambianţă, pot favoriza dezvoltarea unor aspecte morfo-funcţionale din SNC, le pot inhiba, întârzia, sau pot condiţiona unele vulnerabilităţi. Deficienţe corporale, senzoriale şi motorii pot reduce aria explorativă a copilului, şansa unei bune comunicări, a obţinerii şi sintetizării informaţiilor necesare într-un anumit moment de viaţă, ducând la dizarmonii developmentale. Întârzieri sau perturbări în structurarea schemei corporale, a lateralităţii, pot condiţiona o neadecvată achiziţionare a funcţiilor de orientare în spaţiu; în consecinţă, în achiziţionarea unor praxii. Un aspect corporal particular al copilului, ce este receptat sub semnul nefirescului, a neobişnuitului, de către cei din jur, de părinţi, copii, educatori, poate conduce la reacţii care grevează

comunicarea şi integrarea socială, percepţia de sine. Interrelaţiile între disfuncţiile neuro-developmentale şi corporale (morfo-funcţionale), pe de o parte, şi dezvoltarea funcţiilor psihice şi integrarea socială, pe e altă parte, sunt vaste, iar studierea lor atentă de către psihopatologia developmentală permite identificarea din timp a unor perturbări care pot face dintr-un individ un caz vulnerabil, cu risc psihopatologic crescut sau un caz propriu-zis psihiatric. Psihopatologia developmentală integrează cercetări abordate din perspectiva bio-psihologiei (şi etologiei) cu cele specifice psihologiei umane, în perspectiva ei developmentală.

La conjuncţia dintre ştiinţele neuro-biologice şi cele socio-culturale, în cadrul unui înţeles larg al „ştiinţelor antropologice", psihopatologia developmentală studiază apariţia şi dezvoltarea diverselor funcţii centrate de eu (sine, persoană). Această cercetare este întreprinsă pornindu-se de la aspectul normal al dezvoltării, cu sesizarea tuturor variantelor şi distorsiunilor ce pot apărea, de la cele minore până la unele mai grave. Ansamblul acestor studii are, aşa cum s-a precizat, o orientare pozitivistă; ceea ce presupune o observare, descriere şi evaluare cât mai exactă, care să permită evaluarea comparativă dintre diverse loturi de studiu. Funcţiile psihice pot fi împărţite în diverse clase, cum ar fi: cele instinctive, emoţional-afective, cognitive, de relaţionare socială, de judecare morală. Orice prezentare analitică se face pornindu-se de la premisa că funcţiile psihice sunt interconectate, se condiţionează şi se influenţează reciproc. De exemplu, în monografia citată (a lui Rutter), cogniţia este comentată în perspectiva următoarelor funcţii: percepţie, atenţie, limbaj, abilitate de vorbire şi citit, dezvoltare cognitivă, inteligenţă. Dezvoltarea cognitivă, în ansamblu, se bazează pe atenţie şi memorie, interferează strâns cu dezvoltarea limbajului şi ulterior, a cititului. Pe de altă parte, acestea sunt dependente de capacitatea mai globală a funcţionării psihice denumită inteligenţă; pe care însă, din altă perspectivă, o şi actualizează. Încă mai demult, Piaget a demonstrat că dezvoltarea inteligenţei – concepută într-un sens foarte larg – se realizează prin stadii succesive, buna împlinire a unei etape stadiale fiind o condiţie necesară pentru a trece la următoarea. Diverse studii au arătat o corelare între această dezvoltare cognitivă (a inteligenţei) şi dezvoltarea afectivă şi interpersonal-socială.

Gravitând în jurul marilor doctrine psihopatologice, psihopatologia developmentală a acceptat tot timpul perspectiva organizaţională asupra dezvoltării (Ciccheti). Aceasta are în vedere progresia şi reorganizarea calitativă a sistemelor: biologic, emoţional, cognitiv, reprezentativ, lingvistic, comportamental, în direcţia unei diferenţieri progresive şi a unei integrări ierarhice. Dezvoltarea individuală progresează de la o stare de organizare relativ difuză

şi nediferenţiată spre o crescută articulare şi complexitate, prin diferenţierea şi consolidarea sistemelor separate, dublată de un proces de interconexiune integrativă. Iniţial, sistemele separate sunt nediferenţiate. În cursul dezvoltării, ele devin tot mai distincte, mai diferenţiate, ceea ce duce la un nivel crescut de complexitate al organizării ansamblului. La fiecare moment al reorganizării, structurile prealabil dezvoltate sunt încorporate în cele următoare, în sensul unei integrări ierarhice.

Pot fi considerate ca aspecte caracteristice pentru psihopatologia developmentală următoarele: – Perspectiva interdisciplinară; – Studierea concomitentă şi în paralel a dezvoltării normale şi a celei deviant-patologică a psihismului, inclusiv zonele de tranziţie dintre acestea; – Studii orientate pozitivist privitor la aspecte precise ale persoanei, dezvoltate longitudinal şi corelate între ele (obiectivul limită îl reprezintă studierea dezvoltării şi metamorfozelor pe întreaga durată a vieţii, deci articularea cu problematica ciclurilor vieţii de la vârsta adultă); – Perspectiva transgeneraţională a particularităţilor dezvoltării normale şi anormale; – Înţelegerea dezvoltării din perspectivă ecologică (a interrelaţiilor şi influenţelor reciproce dintre individ şi micro-grupurile umane cu care interacţionează direct în cadrul unei socio-culturi); – Studierea concomitentă a factorilor stresanţi şi a celor protectivi; – Studierea continuităţii şi discontinuităţii dintre tulburările şi devianţele prezente la o anumită vârstă şi la vârste ulterioare, inclusiv la cea adultă; – Cercetarea „elasticităţii" psihismului, în sensul că anumite persoane reuşesc o bună dezvoltare, chiar dacă trăiesc timp îndelungat în condiţii nefavorabile; – Ajungerea la un rezultat comun (deviant, patologic), la o vârstă mai înaintată, pe diverse căi ale devierii în cursul copilăriei; – Problemele care le ridică perioadele critice ale dezvoltării; – Studierea perioadelor de risc crescut ; – Constituirea unor indivizi cu risc constant pentru tulburări psihice şi evoluţia acestora în cursul dezvoltării; – Studierea situaţiilor developmentale în care copilul sau tânărul se află într-o fază intermediară între normalitate şi anormalitate; – Influenţele negative asupra dezvoltării diverselor funcţii a unei deficienţe sectoriale, prin cumulări intermitente, ajungându-se la vulnerabilizări sau perturbări de ansamblu; – Compensarea developmentală a unor deficienţe prin evoluţia spontană sau prin intervenţii ţintite în anumite perioade de viaţă etc.

Prin anii '80, când apărea cartea lui Rutter, s-au produs mai multe evenimente ce au avut consecinţe remarcabile asupra psihopatologiei. A renăscut – într-o manieră ştiinţific sistematică – interesul pentru „ciclurile vieţii"

(prin cartea publicată în 1978, sub coordonarea lui Levinson, intitulată „The Seasons of a Man's Life") (121). Au început, apoi, să se afirme, cu tot mai mare vigoare, psihologia şi filosofia cognitivistă, cu accent asupra vechii probleme cartesiene privitoare la relaţiile dintre minte şi corp („mind-body problem"); în psihopatologie şi psihiatrie cognitivismul a avut, de asemenea, o ascensiune deosebită, dar într-o perspectivă specifică. S-a revigorat şi concepţia lui Frankl, privitoare la logoterapie, la implicarea dimensiunii spirituale a omului în suferinţă, boală, psihopatologie. Şcoala sa, din Viena, a luat un nou avânt prin dezvoltarea, de către Längle, a analizei existenţiale personale. Psihopatologia de orientare fenomenologico-antropologică, cea care pune accentul asupra specificului uman al individului, şi-a reluat analizele.

Ţinând seama de toate acestea, vom recurge la o prezentare rezumativă a psihopatologiei developmentale, încercând să trecem de la orientarea tradiţional pozitivistă spre o înţelegere fenomenologică. Aceasta presupune o punere între paranteze a bazelor biologic-cerebrale ale dezvoltării şi funcţionării psihismului uman, a căror importanţă fundamentală o recunoaştem, pentru a urmări şi dezvolta specificul antropologic al persoanei normale şi deviante psihic, specific ce se accentuează pe măsura creşterii în vârstă, a preluării şi manifestării plenare în lumea a 3-a lui Popper, înţeleasă în sens lărgit. Dar, nu vom neglija progresele realizate, în perspectiva psiho-biologică a etologiei, şi nici orientarea cognitivistă, în măsura în care nu se cufundă în biologism.

4.3.2. Psihopatologia developmentală, un model cognitivist-fenomenologic

Vom urmări, în continuare, cursul dezvoltării normale şi deviante a psihismului, luând ca referinţă modelul mai vechi al lui Piaget şi încercând să integrăm cunoştinţele acumulate de perspectiva etologică, psihanalitică, cognitivistă dar şi fenomenologică. Una din ideile de bază ale acestei expuneri este evidenţierea faptului că psihismul conştient al persoanei se construieşte prin asimilarea (imagourilor) altor persoane conştiente, ce operează din interior, ca o schemă sau un schelet ordonator, pentru propriul psihism. Credem că această viziune are importanţă atât pentru psihopatologie, cât şi pentru antropologie.

1. Primul an de viaţă şi debutul relaţiei de ataşament. Psihologia dezvoltării structurilor inteligenţei, realizată în mai multe decenii ale sec. XX,

de către Piaget (122) şi colaboratori, a demonstrat cum, în jur de 8 luni (6–10 l.), se constituie, la copil, „schema obiectului permanent" în corelaţie cu schemele spaţialităţii, temporalităţii şi cauzalităţii. Citām:

„Nici una din aceste structuri nu este dată de la început şi universul iniţial se centrează în întregime pe corpul propriu şi pe acţiunea proprie a copilului, pe un egocentrism pe cât de total, pe atât de inconştient (în lipsa unei conştiinţe a eului)"... universul (copilului) pe care acesta şi-l elaborează, începând cu cel de al doilea an de viaţă, este format din obiecte permanente. Ori, universul iniţial este o lume fără „obiecte", constând doar din „tablouri" mişcătoare şi inconstante, care apar şi apoi dispar complet.

Un obiect permanent este o realitate din lumea exterioară copilului, care continuă să existe pentru el şi după ce nu mai este perceput. De exemplu, mama, care este principalul „obiect-cognitiv-afectiv" pentru copil, continuă să existe în mintea acestuia şi dacă dispare după un paravan sau iese din cameră. Şi, deoarece, ea este principalul „obiect" (=figură) securizantă şi sursă de satisfacţii pentru copil, dispariţia ei temporară este trăită neplăcut, ca „anxietate de separare". În corelaţie cu acest fenomen, s-a dezvoltat „teoria ataşamentului" a lui Bowlby. Ataşamentul copilului faţă de obiectul-figură cu semnificaţie de mamă – ce are valenţe securizante gratifiante, suportive – începe în această perioadă a vârstei de 6–10 luni şi continuă până în al 3-lea an de viaţă, ducând la constituirea unui „model intern activ de reprezentare" („inner working model").

Un „obiect" al lumii exterioare poate fi cunoscut, identificat, recunoscut şi investigat în detaliu, după ce subiectul a avut cel puţin o experienţă iniţială în care acesta a fost implicat. Iar pe măsură ce familiarizarea experienţială cu obiectul respectiv se amplifică, creşte corespunzător şi cunoaşterea sa de către subiect, cogniţia sa în interiorul minţii acestuia, la un nivel reprezentaţional şi funcţional atât extensional, cât şi intensional. Această cunoaştere este posibilă şi înainte de asimilarea universului lingvistic de tip uman, aşa cum se petrece ea la animale şi la copil, în mare măsură în primii 2 ani de viaţă. Etologia a demonstrat că există structuri proprii cogniţiei individului biologic care sunt înnăscute, precedând orice experienţă. Acestea se manifestă în anumite perioade de viaţă şi contexte care pregătesc organismul să reacţioneze la anumite configuraţii informative, ce constituie un fel de declanşatori înnăscuţi ai unor comportamente caracteristice speciei. O nuanţare a problemei a fost introdusă de Lorenz, care a arătat că, imediat după naştere, există o perioadă optimă în care apariţia unor structuri informaţionale, percepute constant, poate să se instituie, printr-un fel de „impregnare" („prägung"), uneori substituind „declanşatorii" înnăscuţi.

Revenind la om, s-a putut stabili cert că nou-născutul, în primele săptămâni şi luni după naştere, reacţionează prevalent la conturul feţei umane (chiar sub formă de mască sau desen), mai ales dacă acesta e în mişcare şi are o reprezentare clară a ochilor. De asemenea, este înnăscut răspunsul prin zâmbet la zâmbetul matern, mai ales după 3 luni. De altfel, se creează un cerc ascendent, în sensul că imaginea copilului determină zâmbetul mamei, care-l declanşează pe cel al copilului; iar acesta, la rândul său, îl potenţează pe cel al mamei. Lăsând la o parte pentru moment dispoziţiile înnăscute, este evident că principalul „obiect" cu care copilul vine în contact în primele luni şi în general în primul an de viaţă este mama. Şi aceasta nu doar prin prezenţa feţei sale şi comunicările mimice reciproce, ci şi prin multe alte aspecte, precum ar fi: alăptatul la sân, bazat pe susţinere şi legănat; vorbitul şi cântecul matern, adresat sugarului ce nu înţelege încă cuvintele; mirosul matern, căldura ambientală; de fapt, tot ceea ce participă la crearea unei „nişe" de familiaritate mamă–sugar. Adevărul e că interacţiunea începe înainte de naştere, prin planificarea maternităţii („naşterea" şi dorirea copilului în mintea părinţilor şi, mai ales a mamei), atitudinea, afecţiunea şi preocuparea maternă faţă de sarcină, faţă de făt, prin mângâierea abdomenului, prin vorbele adresate produsului de concepţie, prin muzică şi stările emotive ale mamei din timpul sarcinii. Toate acestea contribuie la realizarea unui „cordon ombilical" afectiv mamă–făt. Experienţele atestă că sugarul recunoaşte vocea mamei imediat după naştere, dintre multe altele. În perioada postnatală acţiunile de susţinere şi manipulare (de „holding" şi „handling" în formularea lui Winnicotte) contribuie alături de cele deja menţionate, de întreg procesul de „maternaj", la faptul că, în jur de 8 luni, când se structurează schema obiectului permanent, mama – sau echivalentul matern – devine un obiect privilegiat. Şi aceasta nu doar datorită întregului proces cognitiv-afectiv menţionat mai sus, ce face ca imagoul matern să fie obiectul cel mai familiar, căutat şi securizant, ci şi pentru că imaginea fiinţei materne este de aceeaşi natură cu subiectul. Mai exact, este imaginea unei fiinţe umane. Şi astfel, în mintea copilului – bazată pe funcţionalitatea creierului său, unde e reprezentată „schema sa corporală", se realizează un „model intern de reprezentare activă" al unei alte fiinţe umane. În sinele propriu al acestuia se structurează receptacolul şi, în acelaşi timp, reprezentarea unui „alter-ego", în principiu şi în mod normal securizant. Prin „inner working model", în sensul lui Bowlby, se realizează o relaţie intrapsihică (relaţia de ataşament) între eul pe cale născândă a copilului şi reprezentarea unui eu exterior, obiectiv, reprezentare aflată şi ea în fază născândă pentru subiect, în cadrul unei diferenţieri ce va conduce progresiv la

depăşirea a ceea ce unii psihologi au denumit „adualismul iniţial" al psihismului uman (123), (124).

La realizarea relaţiei de ataşament participă funcţiile de cogniţie socială ale feţei umane, ale identificării identităţii unei persoane diferite de sine dar securizantă; şi care e familiară, diferită de alta străină. După constituirea relaţiei de ataşament, apariţia figurii unei persoane străine poate induce doar prin percepţia sa o reacţie anxioasă (anxietate de contact) (125). La realizarea relaţiei de ataşament participă şi funcţiile afective, care, la acest nivel primar, prezintă o diferenţiere destul de redusă între emoţie, dispoziţie şi afectivitate tranzitivă. Ataşamentul în sine este o expresie, mai ales a acesteia din urmă forme de afectivitate, implicându-le şi pe primele două. De aceea s-a avansat ideea că, în cursul primului an, dezvoltarea proceselor afective (emotiv-relaţionale) în strânsă corelaţie cu cele de cogniţie socială ar conduce la constituirea fundamentelor intersubiectivităţii; situaţie ce capătă o nouă formulare ulterior, când relaţia cu „altul" se diferenţiază (în sensul „teoriei minţii").

2. Al doilea an de viaţă, „teoria minţii", autismul şi depresia anaclitică. Piaget susţine că, după 12 luni, începe să se dezvolte la copil ceea ce el numea „funcţia semiotică" sau simbolică, care domină scena psihismului infantil până la începutul şcolarităţii (6–7 ani). Aceasta se manifestă prin diferite forme de imitaţie şi de joc (simbolic şi cu rol), prin desen, imagini mintale şi limbaj. Este o perioadă în care se produce o puternică ecloziune a imaginarului (a unei anumite modalităţi de manifestare a acestuia) cu o insuficientă distincţie între ceea ce ţine de posibil, simbol, poveste şi real. Între 3–6 ani, copilul trăieşte în lumea magică a ficţiunii, a poveştilor fantastice, în care aproape totul pare posibil, iar constrângerile nu-i domină viaţa.

Imitaţia în context, deci relativă la ceva direct perceput, e posibilă şi înainte de 12 luni; la fel cum e posibilă şi la primatele superioare. După această vârstă apare „imitaţia amânată", la care maimuţele nu au decât un foarte limitat acces. Această conduită implică evocarea reprezentativă a unui obiect sau eveniment absent; fapt ce presupune construirea sau folosirea unor semnificanţi diferenţianţi. Copilul poate să-şi imite părintele sau unchiul absent; la fel cum poate imita o pisică sau o maşină. Faptul că un copil poate nu doar să-şi amintească recunoscând, ci să şi îşi reprezinte imitând personaje şi alte realităţi din nişa sa ecologică umană familială, înseamnă că acestea sunt, de fapt, prezente în el în mod continuu şi latent; adică subiectul „conţine" imagoul altora nu doar în memorie, ci şi în instanţa – sau breşa – constituită prin ceea ce Bowlby a numit „inner working model". Iar această prezenţă intrapsihică nu poate fi neutră.

Dacă, într-o situaţie dată, un copil imită reprezentativ sau în maniera unui joc de rol, pe tatăl sau mama sa, într-un anumit fel relativ constant, aceasta presupune că şi în perioada neactualizării acestui imago el e prezent în psihismul său, cu anumite valenţe de tip protectiv sau anxiogen, de tipul afecţiunii sau ostilităţii, al repulsiei sau dorinţei de conjuncţie. În plus, e de presupus şi acceptat că respectivele imagouri nu privesc doar relaţia dual cu subiectul – aşa cum apar lucrurile în relaţia simplă şi primară de ataşament faţă de mamă – ci sunt cuprinse în scenarii relaţionale încărcate afectiv, care implică mai multe imagouri de persoane. De fapt, aceasta este şi prezumţia bazală a psihanalizei lui Freud, împotriva căreia, în principiu, nu se pot aduce drept contra-argumente decât simplismul său, ignorarea condiţiilor sale de posibilitate şi amplorii contextului psihologic personal din care face parte.

Structura relaţiei de ataşament se complexifică în al doilea an şi deoarece copilul se poate deplasa, investigaţia ambianţei devenind mai amplă, iar relaţiile cu alte persoane se multiplică şi se diversifică calitativ. În plus, se accentuează aspectul obiectual al relaţiei, „celălalt" devenind un om cu care contactul şi interacţiunile se petrec „faţă în faţă", în diverse situaţii, astfel încât scenariile de relaţionare devin mai variate. Dar aspectul fundamental rămâne cel menţionat de Piaget, al reprezentării cuiva neprezent, însoţită de capacitatea de a-l imita; şi a cărui evocare reprezentativă declanşează anumite stări afective. În situaţii patologice (corelate cu perturbări în dezvoltarea cerebelului, mai ales a migraţiei celulelor Purkinje în vermesul cerebelar) nu se poate realiza, în cursul anului al 2-lea, desprinderea reprezentării de obiectul pe care-l reprezintă (decuplarea reprezentării de referentul său obiectual) datorită unui deficit al memoriei pe termen lung. Acest fapt stă la baza teoriei metareprezentaţionale (Leslie, 1987) a autismului infantil, sindrom în care este perturbată grav comunicarea complexă interumană, precum şi percepţia de sine şi a celuilalt, ca fiind integral fiinţe umane anumite, ce exprimă emoţii, dorinţe şi intenţii. Tulburările cerebeloase ar sta şi la baza unui deficit al atenţiei spaţiale în comportamentul explorator şi emoţional, care are ca rezultat dificultăţi în abilitatea copilului de a-şi orienta şi reorienta rapid atenţia, în raport cu două surse de informaţii; fapt ce duce la o perturbare a cuplării atenţiei sale cu cea a partenerului, cu consecinţe în buna receptare şi înţelegere a direcţiei de percepţie, a intenţiilor şi emoţiilor celuilalt; şi, în general, la disfuncţii în cogniţia socială.

În al doilea an de viaţă, în cadrul interacţiunilor directe (faţă în faţă), copilul normal reuşeşte să urmărească privirea celuilalt, stabilind ce vizează acesta, ce priveşte, ce percepe celălalt. De asemenea, el poate înţelege, în mare, din

aspectul mimico-gestual (şi mai puţin verbal), dorinţele şi intenţiile celor din jur, obiectivele lor, parţial, gândurile şi motivele (convingerile celorlalţi le va înţelege în jur de 4 ani). Capacitatea de a atribui altora gânduri, credinţe, dorinţe şi intenţii a fost numită „teorie a minţii" („theory of mind", Premack şi Woodruff, 1978) şi ea este în mare măsură alterată în autismul infantil şi, probabil, la cei vulnerabili pentru schizofrenie (126).

În cadrul dezvoltării în cel de-al doilea an de viaţă devine evident faptul că, dacă relaţia de ataşament este echilibrată şi securizantă, copilul este mai proactiv şi investigator, se implică mai mult în joc şi în interrelaţii; dar, recurge la figura de ataşament pentru confirmare, îndemn sau protecţie. Relaţia de ataşament poate fi nu doar securizantă, ci şi nesigură, în manieră ambivalentă sau detaşată, precum şi dezorganizată. Esenţial e faptul că, dat fiind „inner working model", copilul pretinde şi presupune o relaţie de ataşament constantă la care să poată face apel, chiar dacă aceasta nu este una de securizare optimă. De aceea se şi poate produce, între 8 luni şi 3 ani, ceea ce Spitz, de pe poziţii psihanalitice, a descris ca „depresie anaclinică". Adică, privarea îndelungată, în această perioadă, a micului copil de mamă (de o figură constantă de ataşament) declanşează o reacţie ce se manifestă succesiv, prin protest, disperare şi apoi detaşare indiferentă. Cât despre consecinţele tardive ale unei astfel de deprivări sau ale relaţiilor de ataşament distorsionate, această temă a făcut şi face obiectul a nenumărate studii longitudinale, referitoare la hospitalism, la copilul abuzat. Un aspect special, încă nestudiat, îl reprezintă perturbarea prin care „celălalt" este corect şi complet recunoscut şi reprezentat cognitiv, dar fără a se induce un real ataşament însoţit de conotaţii afective. Cu alte cuvinte, cealaltă persoană rămâne în aria „tematică" cognitivă a recunoaşterii şi chiar introjectării, însă fără un ataşament complet. O astfel de perturbare ar putea sta la baza indiferenţei afective a psihopatului antisocial, continuându-se cu cea a anankastului, schizoidului etc. Toate cele menţionate mai sus arată importanţa pentru sănătatea mintală a tânărului şi adultului a unei bune şi armonioase parcurgeri a perioadei de ataşament.

3. Al treilea an de viaţă şi următorii; prima schiţă a delimitării eului, identificările de durată şi complexele psihanalizei; obiectele tranziţionale şi jocul. Între al 2-lea şi al 3-lea an, concomitent cu dezvoltarea funcţiilor semiotice şi în special a limbajului, se constată o tendinţă de opoziţionism a copilului faţă de adult, expresie a procesului de constituire, în jur de 3 ani, a primei schiţe a delimitării eului conştient (H. Walon). Copilul înţelege că el este autorul propriilor acţiuni ce au consecinţe în lumea din jur şi se resimte ca distinct de altul

(alţii şi lume), ca fiinţă autonomă. Acest proces se desfăşoară în paralel cu o structurare mai fermă a „schemei corporale", ce constă în reprezentarea „cerebrală-corticală" şi „psihic-subiectivă" a limitelor propriului corp. Perceperea mai distinctă şi nuanţată a acestuia, accentuează la această vârstă interesul pentru identitatea sexuală, pentru organele sexuale, cu posibilă masturbare. Interesul crescut faţă de diferenţele sexuale poate sta la baza a ceea ce Freud a denumit complexul Oedip şi complexul de castraţie. Aceasta deoarece, între timp, s-a dezvoltat mult capacitatea de identificare de durată cu altul, proces ce începe, aşa cum am menţionat, la 12 luni. Scenariul propus de Freud – băiatul doreşte ca mama să-i aparţină doar lui, fiind gelos pe tată, dorindu-i înlăturarea; ca o consecinţă, se teme că acesta îl va castra; urmează identificarea de durată cu imagoul patern, cu preluarea supra-egoului acestuia şi tendinţa de a-i semăna, progresând în cunoaştere socială şi în preluarea culturii – acest scenariu este unul posibil. Dar structurarea şi funcţionarea psihismului între 3 şi 5 ani nu poate fi redusă la el. Oricum, relaţia de ataşament precede perioada complexului Oedip. Şi, „prin inner working model" face loc asimilării, „introjectării" – în termeni psihanalitici a imagourilor a multiple persoane, între care cel maternal şi cel paternal joacă un rol important, poate esenţial, fără a fi însă singurele.

Rolul imaginarului într-una din modalităţile sale în perioada dezvoltării funcţiilor semiotice între 12 luni şi 6 ani a fost deja menţionat. El are importanţă şi pentru circumscrierea etapei de afirmare a eului din jur de 3 ani. Procesul este destul de complex deoarece între eu şi non-eu apar şi se dezvoltă zone intermediare. E vorba despre situaţii şi obiecte tranziţionale care, conform cu circumscrierea făcută de Winnicott (127), sunt exterioare propriului eu-corp, dar exprimă interioritatea subiectului. În această categorie intră păpuşile, jucăriile diverse dar şi o serie de jocuri, mai ales cele cu rol, desenele sau creaţiile în care subiectul îşi proiectează propria interioritate sau care-l sprijină să o identifice. Situaţiile şi obiectele tranziţionale sunt prin definiţie simbolice, de un simbolism uneori insuficient de explicit. Ele se pot structura şi prin limbajul discursiv. Dacă visul şi „scenele fantasmatice" sunt plasate în subiectivitate, relatarea lor sau proiecţia lor în comportamente sau manifestări simbolice se instituie ca obiecte tranziţionale.

Jocul, care la această vârstă se manifestă mai ales sub forma jocului de rol, se plasează şi el într-o zonă tranziţională între imaginar (cunoaştere reprezentată subiectiv în parametrii posibilului) şi realitatea lumii adulţilor. De fapt, jocul este esenţial pentru toată perioada personogenezei, rămânând, ulterior, o componentă importantă a vieţii umane comunitare, a cărei realitate

o dublează într-o variantă mimetică, în modalitatea „ca şi cum..." necesară pregătirii, experimentării, manifestări creativităţii. Ca activitate lipsită de rol pragmatic, se poate vorbi – aşa cum o face Piaget – despre „joc – exerciţiu" încă din primul an, când copilul investighează propriul corp şi primele obiecte din preajmă. În cursul dezvoltării limbajului se poate vorbi şi de un joc lingvistic, tot cu valoare de exersare şi cunoaştere. Aspectul specific al jocului se instituie o dată cu derularea valenţelor sale simbolice şi în varianta jocului cu roluri. În faza iniţială, acesta nu implică decât o mică participare a altora – a mamei, de exemplu – şi nu e constrâns de reguli. Păpuşile şi alte obiecte tranziţionale sunt manipulate în joc, astfel încât acesta are o importantă funcţie cognitivă, de dezvoltare a cunoaşterii şi inteligenţei. În perioada pe care o comentăm, jocul implică treptat şi alţi copii. El e important în dezvoltarea limbajului şi în exersarea relaţiilor interpersonale. Jocul cu roluri poate avea o valoare proiectivă, în raport cu conţinuturile imaginative (fantasmatice) preconştiente şi inconştiente; fapt ce îl recomandă deseori pentru diagnostic. Pe măsură ce copilul se apropie de vârsta şcolară, se amplifică jocurile constructive şi cele cu reguli. Acestea presupun cooperarea şi participă semnificativ la socializarea subiectului, la autocontrolul său în acţiunile cu scop, desfăşurate în parteneriat cu alţii. Dacă jocurile solitare, ce predomină în prima fază, stimulează şi utilizează „imaginarul – pulsional" (adică cel spontan şi neconstrâns), jocul cu roluri facilitează imaginarul ce susţine apariţia şi manifestarea socială (adică tendinţele histrionice). Iar jocurile cu reguli dezvoltă inventivitatea în regizarea şi autocontrolul acţiunilor. Fapt ce implică o altă faţetă a imaginarului, cea controlat-creativă în zona posibilelor. În cadrul jocului cu reguli se pot evidenţia tendinţele copilului spre organizare şi ritualizare; adică, tendinţele obsesionale (128).

Jocul, cu toate valenţele sale, rămâne important în viaţa adultului. În cele din urmă, chiar aspectul „serios" al vieţii presupune exercitarea unor roluri sociale şi efectuarea controlată a unor jocuri de limbaj. Şi, la fel, toate valenţele jocului – aşa cum sunt ele strâns corelate cu imaginarul şi creativitatea – au un rol important în multe modalităţi de psihoterapie.

După ce delimitarea „eu-corp (subiect) – celălalt – ceilalţi-lume (obiect)" începe să devină mai bine delimitată după 3 ani, zona obiectelor şi situaţiilor tranziţionale nu dispare. Ea se mută treptat în alte direcţii, capătă alte valenţe, poziţii şi conformaţii, rămânând în constantă legătură cu imaginarul. Mare parte din universul jocului şi din cel al artelor din perioada vieţii mature se vor articula cu această zonă tranziţională.

4. Limbajul şi poveştile până la 7 ani şi ulterior. Începând din al 2-lea an, limbajul înţeles şi vorbit se dezvoltă progresiv, intersectându-se cu celelalte funcţii semiotice (reprezentare-imitare, jocul cu roluri, desenul, imaginile mintale). Limbajul, în sens de funcţie de comunicare – proprie, după Popper, atât omului, cât şi animalului – se manifestă prin expresivitatea mimico-gestuală a partenerilor şi prin expresii lingvistice corelate funcţiilor deontice de permis, interzis, obligator (în cazul exprimării unei dorinţe, rugăminţi, îndemn, sfat, interdicţie, permisivitate, obligaţie, gratificare, sancţiune, ameninţare etc.). Concomitent, se dezvoltă şi funcţia pe care Popper o denumeşte descriptiv-critică şi care permite cunoaşterea progresivă, de către copil, a lumii, aşa cum este ea cunoscută de către socio-cultura în care el creşte. Această cunoaştere este mediată de alte persoane şi ea începe prin „definiţii ostensive" (este indicat un obiect sau o situaţie căreia i se atribuie un nume), practicându-se şi definiţii operaţionale (definiţia a ceva ce apare ca baza sau rezultatul unei acţiuni) pentru a se ajunge la definiţii nominale (un „cuvânt-noţiune" este explicat prin alte cuvinte care-l determină), (129).

Însuşirea limbajului vorbit, cu sintaxa şi semantica sa, interferează cu dezvoltarea proceselor cognitive, în general, şi a inteligenţei, în special. În perioada dezvoltării funcţiilor semiotice, dintre 12 luni şi 6 ani, imaginarul copilului se dezvoltă bazându-se pe experienţă, percepţie, educaţie, pe îmbinarea definiţiilor ostensive cu cele operaţionale şi nominale, în contextul situaţiilor şi obiectelor tranziţionale. Prima modalitate importantă, în care copilul ia contact cu limbajul descriptiv, este prin intermediul poveştilor. Acestea pot fi şi ele plasate în „zona-tranziţională". Poveştile fantastice cuprind eroi şi evenimente întreţesute şi derulându-se într-o ordine ce urmează o logică discursivă, care presupune o introducere, familiarizarea cu eroii şi situaţiile, conflictul, derularea peripeţiilor şi deznodământul. A fost subliniată, în repetate rânduri, legătura între poveştile fantastice şi miturile popoarelor, funcţionale pentru menţinerea coeziunii întregii societăţi la un nivel spiritual. Pentru moment, se cere subliniat faptul că, în calitatea de obiect (lume) tranziţională, poveştile oferă copiilor imagouri umane sau simili-umane, cu care el se poate identifica, pe care le poate asimila, introjecta, la fel ca imagourile persoanelor reale cu care vine în contact. Dar, în poveşti, eroii sunt încărcaţi cu anumite determinaţii valorice: ei sunt buni şi răi, frumoşi şi urâţi, vicleni, proşti etc. Copilul se poate regăsi parţial în – sau se poate identifica cu – situaţiile conflictuale şi cu eroii din poveşti. Faptul participă, alături de relaţiile şi identificările directe cu alţii (diverşi în ceea ce priveşte statutul lor social, profesia, sexul, vârsta), la formarea identităţii sale.

Poveştile – şi ulterior miturile, istoriile, operele literare culturale şi rolurile sociale – sunt o sursă pentru ceea ce Jung a denumit arhetipuri. Şi care sunt înscrise în „inconştientul colectiv" din care se împărtăşeşte subiectul în constituirea progresivă a identităţii sale.

Pe lângă faptul că ascultă şi se identifică parţial cu eroii de poveste, copilul poate şi inventa poveşti, adaptând cele trăite real la propriul univers imaginar, în cadrul unor scenarii, trăite subiectiv, afirmate proiectiv sau povestite. În cele din urmă, şi complexul Oedip a lui Freud este un astfel de scenariu, ce nu poate fi desprins complet de universul tranziţional, pe fondul căruia se decantează eul, identitatea cu sine şi autonomia subiectului.

5. Schematele cognitive. Am urmărit procesul prin care copilul, pe măsură ce-şi structurează, delimitează şi dezvoltă eul său independent şi conştient – pornind de la sinele-self cu valoare auto-organizatoare, existent şi în biologie –, asimilează imagoul altora în interioritatea propriei structuri (în instanţa deschisă prin „inner working model"). Introjecţia imagourilor altora are valoare organizantă, structurantă. Iar „celălalt", „alţii" sunt prezenţi în psihismul propriu cu o anumită valoare relaţională, reciproc atitudinală în raport cu subiectul, ansamblul putând fi cuprins în scenarii evenimenţiale imaginare („fantasmatice"). Procesul acesta poate fi sondat la un nivel mai profund decât perioada relaţiei de ataşament (corelată constituirii schemei obiectului permanent), dacă admitem împreună cu M. Klein că, încă din primul an de viaţă, s-ar diferenţia cel puţin două modele de raportare la „obiect" (chiar dacă acesta este încă un „obiect parţial"); şi anume: unul, ce constă din frica faţă de acesta (=„atitudine paranoidă") şi alta, constând din sentimentul că obiectul este pierdut, că lipseşte şi nu mai oferă sprijin (atitudine depresivă). Revenind la perioada din jurul vârstei de 3 ani şi cea ulterioară, se poate reţine faptul că, alături de procesele de identificare – imitare – introjectare a altora, joacă un rol important şi experienţele directe de „etichetare" şi „calificare" prin expresii lingvistice, de care copilul „beneficiază" din partea părinţilor, rudelor, educatorilor, altor copii de diverse vârste. Un copil poate fi obiectul unor atitudini afective rejectant critice; dar şi a unor expresii lingvistice, care întăresc această atitudine, prin caracterizări negative. El poate auzi, de exemplu, în mod repetat, cum i se spune: „eşti un prost, un incapabil, nu eşti bun de nimic etc.", aceste cuvinte fiind însoţite de anumite atitudini expresive, de comportament, de râs, de batjocură. Elementul conceptual lingvistic se adaugă la cel afectiv-atitudinal în procesul de receptare a atitudinii altora faţă de sine, fapt ce contribuie semnificativ la formarea treptată a propriei păreri despre sine, la constituirea stimei de sine, la atitudinea constantă a subiectului faţă de propria persoană. În mod simetric, „copilul–subiect" se poziţionează atitudinal şi caracterizează pe alţii, îi evaluează şi valorizează într-o manieră nu doar afectivă, ci şi lingvistic-conceptuală, prin exprimare lingvistică. Deşi planul imaginativ rămâne important în perioada 3–7 ani, contribuţia caracterizărilor lingvistice noţionale câştigă progresiv teren.

În interioritatea psihismului copilului ce-şi afirmă identitatea cu sine, de „eu" distinct de non-eu, în jur de 3–4 ani, şi ulterior, fiinţează prezenţa „altora", în raport cu care subiectul se poziţionează, treptat, atitudinal. Se derulează un permanent schimb şi joc între relaţionarea evenimenţială directă cu alţii, inclusiv în manieră lingvistic-propoziţională şi relaţionarea intrapsihică cu „alţii introjectaţi şi reprezentaţi în sinea subiectului". Iar aceasta constă dintr-o relativ constantă părere (opinie, punct de vedere, convingere, credinţă) în ceea ce priveşte:

1. propria identitate, capacitate şi valoare, stimă de sine etc., ca expresie a unei judecări de auto-evaluare (=eu sunt, în mod constant, capabil, frumos, bun sau incapabil, slab, rău, nevaloros etc.);

2. capacitatea şi valoarea celorlalţi – celuilalt (=ei sunt în mod constant...);

3. felul în care subiectul apreciază că ceilalţi (celălalt) îl consideră, se raportează la sine, ca atitudine şi judecare evaluativă relativ constantă (=ei cred despre mine că sunt slab, rău, bun, puternic etc.; ei intenţionează, în raport cu mine, să mă dispreţuiască, critice, agreseze, să mă laude, admire etc.).

4. felul în care ceilalţi trebuie consideraţi şi trataţi, adică ceea ce merită şi trebuie să facă subiectul, în raport cu lumea umană (eu trebuie să mă pregătesc de apărare... să mă resemnez, să mă retrag, să mă afirm cu dezinvoltură etc.).

Această „tetradă" a unei „schemate-cognitiv-evaluative" intrapsihice, care exprimă o poziţionare atitudinală în raport cu sine şi în relaţie cu alţii, se poate consolida apoi în cursul întregii copilării, rămânând într-o zonă preconştientă şi jucând un rol important în organizarea unor tipologii caracteriale particulare şi a modului în care subiectul îi preîntâmpină pe alţii, se raportează şi acţionează (130), (131). Ea se poate constitui şi ca un „marker" de vulnerabilitate crescută, pentru modele de tulburări psihopatologice (de tip depresiv, paranoid, anxios-evitant, maniacal etc.). Şi, de asemenea, se poate regăsi în organizări nevrotice sau manifestări delirante. Tetrada ar putea fi formulată şi în „propoziţii atitudinale" (în sensul doctrinei cognitiviste).

În concluzie, subiectul, pe măsură ce se defineşte ca autonom şi delimitat de lume, se dimensionează interior prin prezenţa imagourilor – a reprezentărilor – altora în propriul psihism, în scenariul unei relaţionări intrapsihice care orientează, într-un anumit fel, raportarea sa efectivă la lumea umană nemijlocită. Aceasta, bineînţeles, concomitent cu acumularea continuă de cunoştinţe şi abilităţi.

6. Între începutul şcolarităţii şi pubertate. În jur de 6–7 ani întâlnim o nouă „criză" developmentală care priveşte, în egală măsură, re-sinteza identităţii şi orientarea spre o nouă manieră de raportare la lume. La această vârstă, „schema corporală" este din nou reorganizată şi definită. Acum se definitivează lateralitatea (dreapta/stânga) şi orientarea în spaţiul perceput şi reprezentat. Schema corporală stă atât la baza percepţiei spaţiale (cu distincţiile: în faţă, în spate, sus, jos, la dreapta, la stânga), cât şi a dezvoltării psihomotricităţii. Mişcându-se cu rost şi semnificaţie, subiectul utilizează propriul corp ca instrument, lumea percepută ca spaţiu, în care acţiunile se pot desfăşura (în raport cu, şi la distanţe faţă de propriul corp), iar temporalitatea se structurează ca bază a succesiunii secvenţelor acţiunii cu scop. La vârsta şcolară devine evidentă instabilitatea psihomotorie (sindromul hiperkinetic) care e evidenţiabilă deja la 3 ani. Tot acum, devin evidente – pe lângă posibilele distorsiuni ale schemei corporale – unele dispraxii şi agnozii (variat condiţionate) ce se exprimă în dificultatea de a învăţa scrisul (disgrafie) şi cititul (dislexie). Se poate evidenţia şi o deficienţă în calculul matematic (a-calculia). În planul evoluţiei cognitive se trece spre o mai clară distincţie între ceea ce e real şi ceea ce e imaginar (ficţiune), declanşându-se perioada „operaţiilor concrete" (Piaget). În plus, copilul începe să înţeleagă cauzalitatea. Relaţiile sociale se raportează mai mult la mediul extrafamilial, prin prezenţa în universul şcolar şi cel al prietenilor. Contactul cu instituţia şcolară poate să evidenţieze o „fobie de şcoală" ce are la bază parţial anxietatea de separare şi contact, expresie a tulburărilor de ataşament, dar şi experienţele negative pe care copilul le poate trăi la şcoală, între alţi copii şi adulţi; fobie, care poate fi un indiciu de vulnerabilitate în direcţia patologiei anxioase, în sens general. Jocul cu reguli se substituie în mare măsură jocului de rol. Copilul începe să câştige capacitatea de des-centrare, în sensul de a reuşi să se situeze pe punctul de vedere al partenerului. Autoritatea nu mai e reprezentată doar de părinţi – sau echivalenţi –, ci capătă un sens mai general. Apare sentimentul datoriei şi al dreptăţii, toate în paralel cu creşterea autonomiei. Relaţiile cu alţii devin relaţii de cooperare în acţiuni. În acelaşi timp, subiectul devine capabil să caracterizeze

şi să comenteze pe alţii în absenţa acestora, fiind conştient că şi alţii procedează astfel în raport cu el, în absenţa sa. „Schematele cognitive" se conturează mai ferm. De aceea, felul în care „apare", în care se manifestă în societate îl interesează tot mai mult pe tânăr.

Acţiunea devine, în perioada 7–15 ani, mult mai amplă şi complexă. Ea se derulează tot mai mult în spaţiul extrafamilial, şcolar şi social, bazându-se pe strategii elaborate, în relaţie cu respectarea normelor cunoscute. Dimensiunea acţională depăşeşte instanţa jocului, în care rolul principal îl are imaginarul – corelându-se cu normativitatea socială, în care rolul principal îl joacă, de regulă, decizia şi perseverenţa întru eficienţă.

Dezvoltarea acestor aspecte este, desigur, diferenţiată, în funcţie de predispoziţiile temperamentale şi de modelele educative. Se pot, totuşi, circumscrie, din perspectiva tipologiei temperamental-caracteriale, două profile, ce se definesc cel mai bine în această perioadă, deşi premizele pot fi identificate şi în fazele anterioare de ontogeneză.

a) Cazul celui care încearcă, conştient sau preconştient, să atragă atenţia asupra sa, printr-o expresivitate şi comunicare captativă, bazată pe imaginar (=histrionicul);

b) Cazul celui care încearcă, conştient sau preconştient, să se afirme prin respectarea normelor, prin performanţa muncii sale corecte şi riguroase (=anankastul).

Prevalenţa imaginarului este parţial o expresie a prelungirii perioadei dintre 3–6 ani, în care joacă un rol dominant; dar acum, imaginarul se desfăşoară altfel decât în universul corelat poveştilor. Aderenţa de norme pare a fi corelată cu etapa ordonării vieţii după reguli, ce se impune o dată cu şcolaritatea. Dar normativitatea impregnează existenţa copilului din prima sa perioadă de viaţă. Această partajare nu e deci aşa de simplă cum a fost schematizată mai sus, ci coboară mult mai adânc. Copii centraţi pe ritualuri, în viaţa curentă şi în joacă, întâlnim şi în perioada preşcolară.

7. Între pubertate şi adolescenţă (12–17 ani). Tânărul trece din nou printr-o „criză de identitate". Şi aceasta se petrece vizând toate instanţele eului, a eului-corp-persoană. Biologic, corporalitatea se modifică, preocuparea faţă de propriul corp creşte.

Corporalitatea are pentru persoana umană o dublă realitate şi semnificaţie. Pe de o parte, ea este o realitate a lumii fizico-biologice, interacţionând cu elementele acesteia, dar particularizându-se prin valoarea de suport şi sediu al propriului psihism şi de apartenenţă la propriul sine personal. Pe de altă parte,

ea este trăită (resimţită neconştient şi preconştient) ca bază a delimitării şi individualizării eului conştient în raport cu alţii şi cu lumea. La baza acestei secunde perspective se află, din perspectivă biologică, reprezentarea neuro-(cortical)-psihologică a limitelor propriului corp, „schema corporală", care diferenţiază, printr-o percepţie constantă şi neconştientă, „spaţiul" eului-corp-persoană de „spaţiul" în care se află alţii şi lumea cu care subiectul se inter-relaţionează. Orice moment critic de reorganizare maturantă a eului, a subiectului persoanei, se corelează cu reorganizări în planul corporalităţii trăite în perspectiva psihologiei antropologice.

Polarizarea menţionată mai sus a fost analizată de către Zutt (132), în sensul diferenţierii între: a) corpul „portant" şi b) corpul „fisiognomonico-estetic". Corpul-portant este resimţit ca sursă a instinctivităţii, afectivităţii, intenţiilor, proiectelor şi acţiunilor; în această instanţă se cantonează sau este înglobată şi intimitatea trăirilor subiective, inclusiv zona secretului personal. Corpul fisiognomonico-estetic este unul al apariţiei şi manifestărilor, a modalităţilor în care prin expresie, comunicare şi acţiune corporalitatea, ca instanţa limită a eului, poate fi percepută, interpretată şi comentată de alţii. Această valenţă a corporalităţii proprii se continuă, evident, cu cea în care corpul se manifestă ca un instrument de acţiune al subiectului conştient, pentru că orice impact cu realitatea ambientală îl implică. Într-un sens lărgit, nu pot fi ignorate şi alte aspecte ale corporalităţii trăite, precum: – faptul de a fi implicat în dragoste, în dans, în creaţie; – faptul de a fi o proprietate, dar şi un suport al bolilor şi mutilărilor; – faptul de a fi suportul imagourilor simbolice ce sunt introjectate de alţii, susţinând astfel prezenţa – reprezentată – a altora în sine şi a sinelui în alţii.

Răspunsul la întrebările: – Cine sunt eu? – Cine e acesta? etc., implică corporalitatea fiecăruia, în multiplele sale sensuri.

Între pubertate şi adolescenţă, tânărul este în mod deosebit preocupat de stratul corporal al personalităţii sale, în toate aspectele acestuia. În perspectivă fisiognomonico-estetică, el e interesat de felul în care apare pentru alţii, acordă mult timp aspectului său corporal pe care-l problematizează.

Interesul din perioada 12–17 ani, pentru propria corporalitate, rezultă şi din ecloziunea instinctului sexual, a interesului pentru relaţii sexuale şi a capacităţii afective de generare. E posibilă instaurarea temporară a masturbaţiei, sunt trăite primele experienţe heterosexuale (dar şi homosexuale). La fete, apar menarha şi menstrele, la băieţi, poluţiile şi excitaţia sexuală. Creşte interesul pentru forma corporală şi instinctul alimentar. Mai ales la fete, e perioada în care apare anorexia mintală, cu refuzul modificării corporale, a creşterii în greutate şi

a maturizării corporalităţii. Tânăra ajunge să refuze alimentarea şi, în general, aportul caloric, ceea ce o conduce la dietă, consum de substanţe catabolizante, vomă şi diaree provocată etc. Bulimia poate apărea şi ea în acest context de dezechilibru instinctiv; ea constă din consumul impulsiv, în scurte perioade de timp a unei mari cantităţi de alimente, urmat, uneori, de vomă; se poate asocia cu anorexia mintală.

Relaţionarea socială şi manifestarea socială capătă noi valenţe. Apare cuplajul erotico-afectiv, însoţit sau nu de relaţii sexuale. Acum începe să se afirme şi să se consolideze afectivitatea tranzitivă a dragostei. Cogniţia socială, contactul şi relaţia socială se dezvoltă în cursul întregii personogeneze. După cum s-a arătat, însăşi structurarea eului se bazează pe funcţia organizatoare – de schelet şi ferment – pe care o realizează introjectarea imagourilor celorlalţi, a mamei, iniţial, a altor personaje reale şi fictive, ulterior. Relaţiile şi legăturile sociale se bazează pe această prezenţă potenţială şi reală a altora în sine. Afectivitatea tranzitivă a legăturii sociale se manifestă prin rezonanţa afectivă, prin faptul că subiectului „îi pasă" de ceea ce i se petrece celuilalt (şi reciproc), suferă şi se bucură împreună cu altul, devine trist la pierderea sau dispariţia acestuia. Tot la această vârstă începe să-şi facă loc problema responsabilităţii sociale într-un sens larg. Şi la fel, definirea opţiunilor şi comportamentelor necesare pentru intrarea în societatea celor adulţi. Căutarea unei identităţi socio-valorice, prin profesie, relaţii de tip marital şi paternal, de tipul inserţiei în grupe sociale definite nomic şi în cele din urmă prin moralitate, este corelată iniţial cu o vizare a idealurilor înţelese în această fază în puritatea lor. De altfel, din punct de vedere cognitiv, Piaget a demonstrat cum, în această perioadă, apar „operaţiile propoziţionale"; adică, gândirea formală şi combinatorică, în cadrul căreia se operează nu doar cu ceea ce este real dat, ci cu propoziţii, în perspectiva abstractă a similarităţii echivalenţelor semantice definite şi a posibilului. Prin aceasta s-ar încheia structurarea formală a inteligenţei. Dar, deşi cunoştinţele cresc şi ele acum, conţinutul cunoaşterii, imaginarea, reprezentarea şi înţelegerea lumii este încă marcată de idealitate – de posibilul abstract al idealului – în lipsa unei proprii şi suficiente experienţe de viaţă.

Dincolo de interesul faţă de cum „subiectul-corp-eu" este perceput estetico-fisiognomonic în situaţie, ca „apariţie", în această perioadă creşte exponenţial interesul subiectul faţă de faptul cum este el comentat şi caracterizat de către alţii. Orice individ are în interiorul lumii umane cel puţin o dublă existenţă: pe de o parte, una concret nemijlocită, pe de alta, una secundă a poveştilor despre el, a comentării şi caracterizării sale de către alţii, în instanţa lumii a 3-a

a lui Popper. Subiectul poate fi mai mult sau mai puţin conştient şi interesat de această ipostază secundă a existenţei sale, ce se manifestă în contextul vieţii unei comunităţi culturale în diferite moduri. Adică, dincolo de comentările circumstanţiale, există şi caracterizări ale sale în plan public, mai mult sau mai puţin oficiale, în registrele şcolare, în dosarele de cadre, în formularele poliţiei sau a serviciilor secrete, în pamfletele din gazeta de perete, în ziare şi alte mijloace massmedia, în posibile biografii care circulă verbal, cvasilegendar, sau care nu sunt realmente scrise (133). Această existenţă secundă a „fiinţei intermediare" în „lumea a 3-a popperiană, e, de fapt, prezentă pentru orice om, de la naştere până la moarte; precum şi după aceea. Dar, ea nu interesează tot timpul subiectul în egală măsură. În perioada pubertăţii şi adolescenţei, instanţa de „fiinţă intermediară" preocupă prevalent individul uman, ce caută să recepteze sau chiar să construiască o anumită poveste privitor la sine, destinată altora, cât mai favorabilă din punctul său de vedere. Ulterior, în cursul restului vieţii, preocuparea în această direcţie se va reactiva în variate situaţii fireşti sau psihopatologice, o dată cu ieşirea la suprafaţă a tetradei relaţionale cognitive, care a fost comentată ca stând la fundamentele persoanei, în calitatea sa de unu-multiplu. De fapt, subiectul poate să participe – şi practic participă – la crearea propriei „imagini-poveşti", prin anumite comportamente şi manifestări, exprimări şi relatări deliberate. După cum, el este în permanenţă preocupat de propria-i identitate sub forma unei constante atenţii, conştiente sau preconştiente, acordată elaborării propriei autobiografii. Uneori, această preocupare se manifestă efectiv, prin elaborarea de jurnale intime, de texte-document privitoare la sine; sau prin notaţii, scrieri, elaborări în direcţia unui text autobiografic. Pentru psihopatolog, toate aceste manifestări nu pot fi ignorate.

8. Ciclurile vieţii adultului. Intrarea în vârsta maturităţii presupune opţiunea pentru anumite roluri şi statute sociale, care, uneori, se obţin progresiv, prin efort şi muncă deliberată; iar alteori, apar spontan, prin conjunctură. Statutul şi rolul social se definesc la un nivel suprapersonal, de către socio-cultura în care individul trăieşte. Ele se suprapun peste ansamblul contactelor, relaţiilor şi legăturilor „interpersonal–sociale", ce creează reţeaua socială a fiecărui individ. Statutul şi rolul social pot fi în mai mică sau mai mare concordanţă cu aspiraţiile, dorinţele, intenţiile, părerile şi opţiunile subiectului. Ele se pot mai mult sau mai puţin potrivi structurii sale temperamental-caracteriale, biografiei şi capacităţilor (abilităţilor) sale specifice. E posibil un conflict de rol social; de exemplu, între cel profesional şi familial. Dar şi o conjuncţie fericită, de împlinire prin rol social, marital, parental sau de lider social. După cum,

e posibilă şi ascunderea persoanei în formare – sau deja formată într-un anumit fel – în spatele rolului şi statutului său social. Sau, supraidentificarea sa cu acesta, fapt ce reduce bogăţia, diapazonul de trăiri şi manifestări ale persoanei. În orice caz, statutul şi rolul social sunt inevitabil părţi componente ale personalităţii. În mod firesc, persoana le asimilează, le înglobează şi trece dincolo de ele – dincolo de instanţa logosului – în direcţia creativităţii valorice şi a originalităţii. De aceea, blocarea în statutul şi în rolul social (mascarea persoanei prin acestea) este un indice de vulnerabilitate.

Unul dintre cele mai importante statute şi roluri sociale ce definesc o persoană adultă este cel profesional. El este precedat de statutul şi rolul instructiv educativ care se desfăşoară de-a lungul întregii personogeneze în paralel cu procesul de maturizare psihică a individului. Atât în perioada educativă, cât şi în cea a exercitării unui rol profesional, subiectul e cuprins într-un microgrup, cu care realizează contacte, relaţii sau chiar legături. Prin rolul profesional, omul îşi manifestă competenţele sale, realizează performanţe, se înscrie în funcţionarea instituţionalizată a unei socio-culturi. Şi tot în acest domeniu el poate fi creativ. Tulburarea psihică reduce aproape prin definiţie randamentul în rolurile sociale. Şi prin aceasta, integrarea interpersonal-comunitară a subiectului. Alte roluri importante sunt, la vârsta adultă, cele de soţ şi părinte, precedate de cele de copil, membru al unei familii de origine şi, apoi, tânăr pe cale de intrare în adolescenţă, în marea societate. Şi în acest plan sunt prezente multiple relaţii şi legături interpersonale ce se derulează, de obicei, la un nivel mai intim-familiar decât în cazul altor statute şi roluri sociale. Legăturile de tip dragoste se desfăşoară în acest context. Dar, pot exista relaţii strânse, familiare şi cu minimă afecţiune de tip dragoste, cu tensiune interpersonală sau chiar ură. Persoana se integrează social şi ca cetăţean, ca participant la treburile şi evenimentele cetăţii, ca membru al diverselor asociaţii, cluburi, partide politice, biserici, precum şi prin prieteniile pe care le are, personal sau împreună cu familia sa. În sfârşit, el mai exercită statutul şi rolul social de „locatar", de proprietar sau simplu locuitor al unui apartament sau case, în care-şi petrece viaţa intimă, singur sau împreună cu familia, în care se gospodăreşte şi se autoîngrijeşte, se retrage, se simte în siguranţă. În toate aceste domenii, existenţa se desfăşoară diacron prin cicluri, ce au un început, o perioadă de stare, pregătindu-se apoi o schimbare şi care implică diverse contacte, relaţii şi legături sociale, care, prin dinamica vieţii, ajung să se schimbe. Tânărul se educă trecând de la o şcoală la alta, exercitând apoi o profesie, în diverse instanţe sociale şi cu diverse grade de responsabilitate, putând ajunge, uneori, şomer, pensionar, subiect fără statut profesional etc. De asemenea,

persoana ce creşte în mijlocul familiei sale de origine, îşi întemeiază apoi propria sa familie, mai mult sau mai puţin stabilă; subiectul poate divorţa şi, ulterior, să se recăsătorească, poate avea copii, de educaţia cărora se ocupă sau nu; şi care pot şi ei pleca de acasă la diverse vârste ale membrilor ciclului familial. Propria locuinţă nu este totdeauna de la început dată. De multe ori, ea este visată, construită, progresiv mobilată, îngrijită apoi. Locuirea presupune curăţenie şi cumpărături, relaţii cu vecinii, posibilitatea retragerii în izolare, igiena intimă, aranjarea garderobei. Cursul existenţei unei persoane poate fi parţial descris prin succesiunea manifestărilor şi întâmplărilor ce se petrec în 4 mari cicluri:

1. Ciclul familial, ce începe cu familia de origine şi continuă cu cea proprie;
2. Ciclul instructiv-profesional
3. Ciclul locativ, al gospodăriei, al vieţii intime şi al relaţiei cu vecinii;
4. Ciclul relaţiilor sociale, de prietenie, de cetăţean, relaţii de hobby, cu biserica, asociaţiile sociale etc.

Aceste cicluri se suprapun, pe de o parte, peste caracteristicile de bază (de neschimbat, „fixe") ale persoanei (rasă, sex, genetică, sarcină, naştere, limbă maternă, dezvoltare până la 3 ani) şi se relaţionează cu elementele structurale ale persoanei (nevoi, atitudini, capacităţi etc.). Propunem o sistematizare a acestor domenii şi a interrelaţiilor dintre ele (fig. XX).

Existenţa persoanei, între naştere, maturizare, îmbătrânire şi moarte, se realizează prin exercitarea în cadrul nişei ecologice umane proprii, formate din diverse relaţii sociale interconectate, a unor roluri sociale în cadrul acestor cicluri, prin care se evidenţiază performanţele persoanei şi abilităţile ce ea le câştigă progresiv, şi prin intermediul cărora se realizează integrarea sa socială. Dar, tot din interiorul acestui univers uman – al nişei sale ecologice – provin cei mai mulţi stresori psiho-sociali ce pot juca un rol în psihopatologie, prin vulnerabilizarea sa lent progresivă, prin creşterea circumstanţială a vulnerabilităţii, prin determinarea sau declanşarea unui episod psihopatologic. Este vorba atât de „psihotraume" (de obicei neprevăzute), cât şi de schimbări de viaţă solicitante, eşecuri, frustrări acute – sau repetate, eventual cronice – conflicte interpersonale trenante, solicitări epuizante. Desigur, subiectul conştient îşi aduce de multe ori, el însuşi, contribuţia la ceea ce se întâmplă. O serie de schimbări de viaţă sunt întreprinse din proprie iniţiativă sau îi sunt cunoscute cu posibilitate mai mare sau mai mică de a interveni în evoluţia lucrurilor. Eşecul rezultă dintr-o acţiune pornită din propria iniţiativă, cu o anumită evaluare a şanselor (în ceea ce priveşte propriile capacităţi, sprijinul posibil din partea altora, cumularea dificultăţilor etc.); frustrarea este, şi ea, corelată cu aşteptările, dorinţele,

Date bazale fixe

A

	comentarii	interpretări
I. Rasă		
II. Sex		
III. Genetică		
IV. Sarcină, naştere		
V. Limba maternă		
VI. Dezvoltare până la 3 ani		

Dinamica biografică →

B

I. Ciclul dezvoltării psihologice
II. Ciclul familial
III. Ciclul profesional
IV. Ciclul locativ
V. Ciclul social
VI. Competenţe
VII. Reţea socială
VIII. Solicitări, stresuri, satisfacţii
IX. Boli somatice
X. Toxicomanii
XI. Crize şi boli psihice

Structura

C

I. Nevoi
II. Atitudini
III. Capacităţi
IV. Inteligenţă, valori cognitive
V. Trăsături morale
VI. Echilibru structural
VII. Vulnerabilitate

Figura XX. Imaginea de ansamblu a matricei şi a principalelor interrelaţii (după Lăzărescu, bibl.15)

pretenţiile (legitime) ale subiectului. Tot de subiect – de perspectiva subiectivităţii persoanei – mai depinde, parţial (căci intervine, desigur, şi mediul), situaţia stresant-epuizantă ce rezultă din conflictul intrapsihic. În sfârşit, aceeaşi zonă a nişei ecologice şi a celor 4 cicluri de viaţă menţionate poate fi sursa de suport, de tampon şi de contrabalansare în raport cu stresorii. Aceasta se realizează prin reţeaua de suport social, cu funcţiile sale „instrumentale" şi „afective" (de intimanţă şi suport moral). Şi, tot aici se petrece, cu participare mai mult sau mai puţin activă a subiectului, relaxarea, odihna şi satisfacţiile de viaţă, factori deosebit de importanţi pentru contrabalansarea stresorilor. Mai mult decât atât, psihopatologia contemporană aduce în discuţie şi conceptul de „fericire" (happyness), ca factor de echilibrare a stresorilor.

Ciclurile vieţii au fost privite mai sus din perspectiva predominant exterioară, a nişei ecologice umane, divizată în 4 zone. Dar, în esenţă, la baza lor stă însăşi desfăşurarea existenţei persoanei, prin parcurgerea vârstelor.

Psihanaliza clasică a lui Freud a urmărit, în primul rând, succesiunea dezvoltării până la 3–5 ani. Tot din perspectiva psihanalitică, Erikson (134) a sugerat o etapizare a vârstelor, caracterizată prin anumite particularităţi psihologice dominante. În esenţă, Erikson distinge 8 etape (21), (fig. XXI).

Problemele comentate mai sus ar putea fi schiţate în următoarele scheme:

Etapa psihosocială	Sentimentul pozitiv asociat	Forme de psihopatologie corelate	Predictori pozitivi şi negativi ai formării identităţii	Aspecte de lungă durată ale formării identităţii
1	2	3	4	5
Încredere vs. neîncredere (naştere ~)	Speranţă	Psihoze Dependenţe (de droguri) Depresie	Recunoaştere reciprocă vs. izolare autistă	Perspectiva temporală vs. confuzia temporală
Autonomie vs. ruşine şi îndoială (~18 luni~)	Voinţă	Paranoia Obsesii Compulsii Impulsivitate	Voinţa de a fi „el însuşi" vs. lipsa încrederii în sine însuşi	Siguranţă de sine vs. conştiinţa de sine
Iniţiativă vs. vinovăţie (~3 ani ~)	Scop	Tulburări conversive Fobii Tulburări psihosomatice Inhibiţie	Anticipare de rol vs. inhibiţie de rol	Experimentarea rolului vs. fixarea rolului

1	2	3	4	5
Întreprinzător vs. inferioritate resimţită (~5 ani ~)	Competenţă	Inhibiţie a puterii creatoare Inerţie	Identificarea sarcinilor vs. sentimentul futilităţii	Instruirea profesională („ucenicia") vs. „încremenirea" în muncă
Identitate vs. confuzie de rol (~13 ani ~)	Fidelitate	Comportament delincvent Tulburări de identitate cu genul Episoade psihotice tip borderline		Identitate vs. confuzia identităţii
Intimanţă vs. izolare (~20 ani ~)	Dragoste	Tulburarea de personalitate schizoidă Distanţare		Polarizarea sexuală vs. confuzia bisexuală
Generalizare vs. stagnare (~40 ani ~)	Grija pentru ceilalţi	Criza „perioadei de mijloc" Invalid prematur		Capacitatea de a conduce şi a urma conducătorii vs. renunţarea la responsabilităţi
Integritate vs. disperare (~ 60 ani ~)	Înţelepciunea	Alienare extremă Disperare		Aderarea ideologică vs. confuzia valorilor

Figura XXI. Etapele dezvoltării psihosociale, după Erikson
(sistematizate de Newton, D.S., în Kaplan 2000)

Ideea de a studia şi a înţelege viaţa individuală sub forma unor cicluri succesive, care se desfăşoară între naştere şi moarte, a fost reluată cu vigoare de Şcoala lui Levinson (121), al cărui studiu s-a concentrat pe existenţa postadolescentină a bărbatului. În conceptualizarea sa – bazată pe un număr de studii cazuistice – s-ar putea imagina următoarea schemă a marilor cicluri ale vieţii, înţelese, în sens metaforic, ca „anotimpuri" (fig. XXII).

Pe de altă parte, a crescut interesul pentru ciclurile vârstei adulte. Echipa lui Levinson a imaginat, pe baza unor studii factologice, o derulare a ciclurilor vieţii până la vârsta a treia, într-o manieră schematică, dar sugestivă.

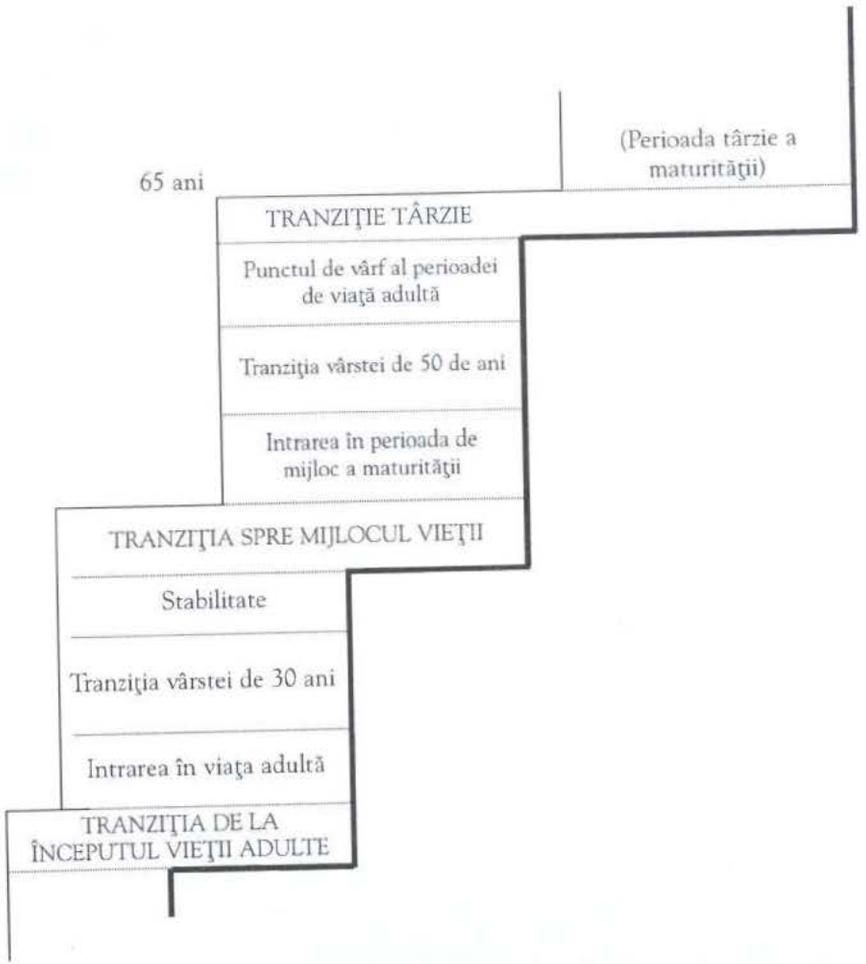


Figura XXII. Perioadele de dezvoltare în perioada timpurie, de mijloc și târzie (după Levinson, 1980)

Pentru a comenta perioadele developmentale ale ciclurilor întregii vieți, Levinson introduce noțiunea de „structură a vieții individuale" (The individual Life Structure), prin care înțelege, în mare, „angajarea individului în societate". Analitic, sunt diferențiate 3 perspective:

a) Lumea socio-culturală a individului, în care acesta trăiește efectiv. Aceasta presupune variate contexte sociale: clasa, religia, etnicitatea, familia,

sistemul politic, structura ocupațională și instituțională etc., în măsura în care acestea au relevanță și semnificație pentru el.

b) Anumite aspecte ale propriului sine (self) care sunt implicate în lumea dată. Acesta include un complex de dorințe, conflicte, anxietăți și căi de a controla și rezolva aceste aspecte; și, de asemenea, include propriile fantezii, valori morale, idealuri, valențe, abilități, trăsături de caracter, modalitatea de a simți, gânduri și acțiuni. „Selful" este un element intrinsec al structurii vieții individuale și nu o entitate separată.

c) Participarea individului la lume. Subiectul se implică în lumea ce i se oferă, se angajează în roluri de cetățean, muncitor, șef, prieten, soț, frate, membru al diverselor grupuri. Participarea presupune tranzacția între sine și lume, care este corelată cu anumite semnificații și trăiri.

Felul în care concepe Levinson structura vieții individuale poate fi privit ca o replică pozitivistă a conceptului lui Heidegger: „a-fi-în-lume" (in-der-Welt-sein), desigur, fără conotațiile filosofice ale acestuia (și fără să implice alte noțiuni din complexa structură heideggeriană a „existențialilor"). Levinson consideră că structura vieții individuale se cere înțeleasă în contextul biografiei persoanei, care parcurge lungi perioade, multiplu determinate, între care evenimentele și schimbările majore ale vieții sunt deosebit de importante. Dar, deasupra – sau la baza – acestora stau marile cicluri ale vieții, care sunt condiționate în esență prin caracteristicile de vârstă. Există deci, și în perioada postadolescentină, perioade de tranziție și perioade relativ stabile. În cele de tranziție, importantă este opțiunea fundamentală a persoanei, care poate fi uneori precipitată de evenimente exterioare; iar alteori, e indiferentă față de acestea. La mijlocul vieții, între 40–45 ani, ne aflăm într-o perioadă optimă pentru realizarea procesului de individuație, în sensul lui Jung, prin care subiectul devine tot mai adânc „el însuși", încorporând și afirmând, după o formulă proprie, arhetipurile „inconștientului colectiv". În sfârșit, una din tezele teoretice ale lui Levinson – care-l apropie de fenomenologie – este și următoarea aserțiune: „Sinele (selful) este în lume și lumea în sine". Dacă persoana conștientă cu sinele său reflexiv este o parte componentă naturală și obiectivă a existenței lumii (umane), în aceeași măsură, lumea există în interioritatea subiectivă conștientă a sinelui: „Sinele este parte intrinsecă a lumii exterioare... Și lumea exterioară este o parte intrinsecă a selfului". Sau, în formularea lui Arthur Miller: „Societatea este în interiorul omului și omul este în interiorul societății". Bineînțeles că această „societate", care este în interiorul „persoanei", implică și cuprinde toate imagourile introjectate ale altora, în relațiile lor reciproce și raportate la subiect, așa cum a fost comentată problema de la începutul acestui capitol.

În acest context, al comentării ciclurilor vieţii, se mai cere adusă în discuţie problema „individuaţiei" asupra căreia a insistat Jung (135). Aceasta se referă la câştigarea progresivă a unei autonomii şi originalităţi proprii, rezultată nu doar din acţiuni şi experienţe, ci şi dintr-o tot mai bună aşezare a predispoziţiilor, dintre care ar face parte şi „arhetipurile". Progresiv, omul devine – sau ar putea deveni – tot mai mult „el însuşi", iar prin creaţiile sale, minore, medii sau majore, subiectul se individualizează tot mai mult. Pe măsură ce progresează spre vârsta a treia, el îşi poate căuta şi găsi echilibrul, frumuseţea şi bogăţia interioară, tocmai prin această individuaţie. Acum sunt luate în considerare nu doar integrările şi realizările sociale ale persoanei, ci şi cele spiritual valorice. Se defineşte tot mai accentuat conştiinţa morală a persoanei, care, aşa cum s-a menţionat, îl are în vedere pe „celălalt" – după Levinas – ca o realitate transcedentă (care-l obligă la responsabilitate şi bunătate, în cadrul unei raportări asimetrice). Pe parcursul ciclurilor vieţii, care implică transcendenţa, se poate trece prin perioade de „criză" a conştiinţei morale şi de reorganizare interioară, ce favorizează o mai autentică individualitate. Dacă nu se progresează în direcţia acestei autenticităţi, poate persista o ego-distonie, un conflict latent cu sine, predispozant pentru trăiri de tip nevrotic. Jung sugera că persoanele care nu au parcurs în viaţa lor o perioadă de conflict şi tensiune interioară „de tip nevrotic" sunt persoane incapabile de o adevărată şansă a individuaţiei şi autenticităţii. Tot în această direcţie, se pot realiza, la câte un moment dat al vârstei adulte, precizări sau definiri spirituale specifice, care au fost demult comentate, sub conceptul de „metanoia". Anumite „crize spirituale" au fost luate în considerare, tradiţional, dar şi în sec. XX, într-o perspectivă „terapeutică", înţeleasă în sens larg. Un mentor spiritual te poate ajuta, în momente cheie ale vieţii, să-ţi găseşti adevăratul (propriul şi specificul) drum de viaţă, să-ţi clarifici direcţionările neautentice ale existenţei, să te orientezi în direcţia anumitor convingeri sau credinţe, să-ţi consolidezi sau să-ţi regăseşti un sens existenţial, Aceasta, deoarece omul poate ajunge în situaţia în care resimte o lipsă a sensului vieţii, un vid existenţial, marcat de gol, plictis, inutilitate. Toate aceste probleme au fost abordate în sec. XX, de Frankl, prin proiectul pe care l-a dezvoltat – al „logoterapiei". Deci, a unei terapii spirituale, dincolo de psihopatologia clasică a nevrozelor şi reacţiilor psihopatologice.

9. Logoterapia şi analiza existenţial personală. Logoterapia lui Frankl (136) s-a dezvoltat, iniţial, ca un fel de ghid terapeutic spiritual, necesar şi eficient în anumite momente ale vieţii, în sensul „completării" psihoterapiilor clasice, care nu aveau în vedere dimensiunea spiritualităţii. (În calitate de

„şcoală vieneză" logoterapia a preferat să se plaseze ca o completare a celorlalte două orientări ale acestui centru: – cea a abisurilor inconştiente, dezvoltat de Freud, şi cea a autocontrolului stilului de viaţă a unei persoane ce vrea să se afirme, promovată de Adler). Această orientare iniţială despărţea logoterapia de psihoterapia propriu-zisă, centrată pe istoria vieţii persoanei (pe biografie); sau pe perioade speciale şi semnificative ale acesteia. Noua orientare psihoterapeutică, ce a derivat din logoterapie, se bazează pe analiza personal existenţială a biografiei (Existenzanalyse). Este vorba de un demers analitic cu vizare psihoterapeutică ce încearcă să descifreze în ce măsură, pe parcursul biografiei, s-au structurat şi sedimentat eficient (sau nu) o serie de „motivaţii" existenţiale fundamentale, care, în mod firesc, se succed implicându-se reciproc şi interpătrunzându-se. Acestea ar fi, în esenţă, următoarele patru (137), (138):

1. Prima motivaţie fundamentală personal existenţială: „A putea fi/temeiul de a fi". Aceasta presupune o asigurare a înrădăcinării în lume şi în sine, a terenului ferm de susţinere (antropologică), pentru a te putea reorienta fără grijă, a acţiona, a accepta şi suporta existenţa dată, de care, într-un moment al vieţii, devenim mai mult sau mai puţin conştienţi şi responsabili. Subiectul resimte nevoia de a fi ocrotit într-un spaţiu existenţial ce-i asigură suport şi sprijin, încredere în sine şi în lume. Deficienţe în acest plan motivaţional al asigurării suportului stau la baza anxietăţii (iar prin supracompensare, a maniei).

2. A doua motivaţie fundamentală se referă la „pofta" de viaţă („mögen" în germană), ce s-ar realiza prin împliniri, satisfacţii, realizări, posesiuni etc., toate fiind, în primă instanţă, relaţionale – în raport cu un altul şi altceva din lume – şi derulându-se în timp. Această motivaţie implică, pentru subiect, apropiere şi dedicare, faptul de a se relaţiona (cu altul sau altceva) pe parcursul unui timp dat. Desigur, pot rezulta neîmpliniri, eşecuri, pierderi (exterioare şi în raport cu stima de sine) toate conducând, în esenţă, la depresie, mai mult sau mai puţin acceptată şi evidenţiată direct.

3. A treia motivaţie existenţială se referă la: „a avea voie să fii (aşa cum eşti)", deci, la propria valoare din perspectiva autenticităţii. E nevoie, la acest nivel, de o adevărată percepţie de sine a persoanei conştiente bazată pe auto-distanţare, auto-consideraţie, auto-analiză şi auto-evaluare. E necesară o cât mai adecvată şi „autentică" înţelegere, preţuire şi justificare a propriei existenţe şi a celorlalţi, bazată pe consideraţie, pe evaluarea valorii, pe stimă şi respect autentic şi bine argumentat. Eşuarea în această perspectivă stă la baza neautenticităţii histrionismului şi duplicităţii existenţiale, prin care subiectul poate să fie „ca oricine" şi foarte greu „el însuşi".

4. A patra motivaţie personal existenţială se referă la sensul existenţei, la valoarea vieţii: „sunt aici! la ce bun aceasta?" La acest nivel intervin putinţa şi voinţa de sens existenţial, care, la rândul lor, au o dimensiune conştientă (a libertăţii deciziei de a implementa un sens existenţei proprii) şi o dimensiune inconştientă (propria existenţă are în mod natural un sens sau nu are; situaţie ce se cere analizată în continuare). La acest nivel se plasează vechea doctrină a logoterapiei lui Frankl. Care, însă, în concepţia actualei analize existenţiale personale, apare ca o suprastructură ce presupune – implicând – celelalte trei infrastructuri motivaţionale preliminare ale persoanei, ale structurii sale existenţial-biografice.

Viziunea şi concepţia cuplului Frankl-Längle aduc ceva esenţialmente nou pentru perspectiva biografică, de care avea nevoie psihopatologia şi psihoterapia. Şi anume, ideea unor motivaţii existenţiale personale fundamentale. Dar, acest demers apare la ora actuală, în primul rând, ca deschiderea unui imens şantier de lucru. Ceea ce deja s-a spus şi s-a elaborat, se prezintă ca deosebit de interesant şi important. Dar, ca orice început, nu poate descoperi, întemeia şi consolida întreaga problematică a existenţei biografice cu sens a persoanei conştiente, expusă decompensărilor psihopatologice.

Demersul psihoterapeutic ce clarifică instaurarea „normală", coerentă şi solidă (bine ancorată în lume şi în sine) a acestor motivaţii, precum şi precarităţile, zonele de inconsistenţă, de insuficientă articulaţie dintre ele, stă la baza unui demers care face apel la ceea ce e esenţial în persoana conştientă, pentru a trata şi orienta terapeutic persoanele aflate în criză, suferinţă sau chiar „boală" psihică. În această perspectivă, distincţia fenomenologică între psihoze, nevroze şi crize existenţiale se estompează, în împrejurările în care, o cotă parte, suficientă din persoana conştientă, este păstrată, putând fi abordată.

Se ridică, inevitabil, problema: ce s-ar putea înţelege în prezent prin „persoana umană conştientă"? Care este structura esenţială a acestei entităţi pe care o întâlnim perturbată în psihopatologie şi pe care demersul (psiho)terapeutic încearcă să o refacă sau cel puţin să o consolideze? Capitolul următor va încerca să abordeze această problemă, chiar cu riscul unei parţiale şi temporale îndepărtări (în primele paragrafe) de specificul problematicii psihopatologice. Credem însă, că acesta poate fi, ulterior, înţeles şi receptat cu mai multă acurateţe, după prezentările din primele capitole.

Acest demers îl considerăm util şi necesar din mai multe motive. În primul rând, doctrina „cognitivistă" (şi psihiatria biologică) care a câştigat

progresiv teren, în ultimii ani, are nevoie de anumite repere bine delimitate cu care să se confrunte şi faţă de care să formuleze teme de studiu specific antropologice. În al doilea rând, însăşi orientarea psihopatologică fenomenologică (ce încearcă să sintetizeze şi orientarea psihanalitică într-o direcţie hermeneutică şi neo-antropologică) are nevoie de repere care să o articuleze cu tradiţia structural dinamică, evitând accentele puse exagerat pe anumite domenii, în absenţa unei vizări de ansamblu.

De aceea, cu toate riscurile ce se cer asumate, vom prezenta în continuare, într-o manieră relativ sistematică, o serie de noţiuni fundamentale ce se întâlnesc în psihologia şi psihopatologia antropologică (predominant fenomenologică, dar provocatoare pentru cea cognitivistă), urmată de o încercare de prezentare sintetică a principalelor „fenomene" (stări şi trăsături) psihopatologice, aşa cum apar acestea din perspectiva perturbării şi dezorganizării liniilor de forţă portante ale persoanei umane conştiente.

4. Bibliografie, note, comentarii

96. Hegel, G.W.F., (1971), *Enciclopedia Ştiinţelor Filosofice*, Ed. Academiei, Bucureşti, Partea a treia, Filosofia Spiritului (1966), Partea a doua, Filosofia Naturii, 1971.

97. a) Aristotel, (1969), *Despre suflet*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti.

Concepţia despre suflet, a lui Aristotel, este expusă în multe din lucrările sale, dintr-o perspectivă ce urcă dinspre sufletul prezent în bios, spre cel uman şi mai departe, spre ceva ce îl depăşeşte pe acesta. Totuşi, în esenţă, sufletul este gândit din perspectiva biosului care, într-un fel, ar centra determinismele fisisului. De aceea, el a introdus şi o serie de inovaţii conceptuale şi terminologice, precum cea de cauză finală şi „entelechie". Un comentariu adânc al acestei poziţionări îl găsim în:

b) Heidegger, M., (1988), „Despre esenţa şi conceptul lui Fisis", Aristotel, Fizica B, 1 (1939), în *Repere pe drumul gândirii*, Ed. Humanitas, Bucureşti p. 211–274. Această viziune se regăseşte parţial în concepţia despre „endon" a lui Tellenbach (23).

98. Levojoi, A. O., (1997), *Marele lanţ al fiinţei*, Ed. Humanitas, Bucureşti.

99. Monacow, C., Morgue, V., (1928), *Introduction biologique à l'etude de la neurobiologie et de la psychopathologie*, Ed. Alcon, Paris.

100. Searle, J. R., (1998), *The Mystery of Consciousness*, Granta Books, London. Autorul consideră că, conştiinţa e o proprietate „emergentă" a creierului (în calitatea sa de organ, de „maşină organică"), „conştiinţa e cauzată de nivelul bazal (lower-level) al proceselor neuronale din creier şi este, ea însăşi, un aspect al creierului. Această proprietate emergentă poate fi explicată prin funcţionarea elementelor sistemului, dar nu prin simpla sumare a acestor elemente. Comportamentul moleculelor de H_2O explică lichiditatea apei, dar moleculele individuale nu sunt lichidul... Computerele simulează stările mintale, dar nu sunt stări mintale, la fel cum, simularea unei explozii nu e explozia însăşi! Autorul acordă o mare importanţă intenţionalităţii conştiinţei, înţeleasă în sens cognitivist.

101. Bolton, D., Hill, J., (1996), *Mind, Meaning and Mental Disorder*, Oxford Univ. Press, Oxford, New York. Cartea este o primă încercare de aplicare sintetică a ansamblului psihologiei, dar, mai ales a filosofiei cognitiviste în domeniul psihopatologiei, autorii încercând să depăşească dichotomia explicare–înţelegere (lansată în psihopatologie, la începutul sec. XX, de către Jaspers, sub influenţa lui Dilthey), în sensul unei opţiuni integrative a continuumului în care tonul îl dă totuşi explicaţia, înţeleasă însă într-un sens foarte larg, în consonanţă cu gândirea cognitivistă (a se vedea articolele din bibl. 97, 98). Balanţa înclină în direcţia tradiţiei aristoteliene. Este ignorată înţelegerea umanului în sensul celor 3 lumi, sugerată de Popper, şi pe care am încercat să o dezvoltăm în această carte.

102. Schneider, K., (1961), *Klinische Psychopathologie*, Ed. Springer, Berlin.

103. Binswanger, L., (1971), *Introduction a l'analyse existentialle*, Ed. De Minuit, Paris.

104. Tatossian, A., (1979), *Phenomenologie des psychoses*, Ed. Masson, Paris.

Cartea este o punere la punct, la zi pentru data respectivă, foarte documentată şi clară a temei anunţate în titlu; de aceea, vom mai apela la această lucrare clasică. Studii psihopatologice importante, bazate pe fenomenologia lui Husserl, apărute ulterior, inclusiv cele ce privesc psihozele, vor fi citate, mai ales în ultimul capitol.

105. Cociu, M.,(1999), *Etologie*, Ed. All, Bucureşti.

Studiile de etologie s-au relevat importante pentru psihopatologie, mai ales pentru cea developmentală (paragraful 4.3.). Cu mai mult timp în urmă, se discuta despre psihologia animală, domeniu în care, în România, au existat, de asemenea, specialişti. Menţionăm:

a) Beniuc, M.,(1970), *Psihologie animală*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti.

De asemenea, în ultimul timp, au apărut traduceri ale operelor unor etologi reputaţi, pe teme de interes psihologico-psihiatric. Menţionăm:

b) Eibl-Eibesfeldt, J., (1998), *Iubire şi ură*, Ed. Trei, Bucureşti.

c) Hayward, S., (1999), *Biopsihologie*, Ed. Tehnică, Bucureşti.

106. Botez, M. I., (1996), *Neuropsihologie clinică şi neurologia comportamentului*, Ed. Medicală, Bucureşti.

107. Pentru susţinerea celor afirmate vor fi invocate două articole dintr-o carte deja citată: Cicchetti & Cohen, D.J., *Developmental Psychopathologie* (21), vol. I.

a) Todd, R.D., Swarzenski B. et all, (1995), „Structural and Functional Development of the Human Braing", p. 161–194;

b) Courchesne, E., Towsend, J. et all, (1995) „Neurodevelopmental Principles Guide Research on Developmental Psychopathology", p. 195–226;

108. Guttenplan, S. Ed., (1994), *A Companion to the Philosophy of Mind*, Blackwell, Cambridge, Massachusetts.

Cartea cuprinde articole la toate temele esenţiale ale „filosofiei cognitiviste", scrise de cei mai remarcabili autori în viaţă; ea va mai fi citată, prin unele din capitolele sale.

109. Botez, A. Ed., (1996), *Filozofia mintalului*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti.

Este o primă culegere, în limba română, de articole importante din domeniul filosofiei cognitiviste (mai ales redactate de autori britanici).

110. Prezentarea rezumativă a doctrinei freudiene este temerară şi poate părea stranie celor nefamiliarizaţi cu Freud. Totuşi, demersul e necesar. Textul este derivat din informaţiile obţinute din cărţile lui Freud, din prezentarea acestei doctrine – originale a lui Freud şi dezvoltată de urmaşii săi – în multe tratate, citate sau necitate. În prezenta lucrare, utilizăm pentru rezumatul realizat două din sintezele clasice ale operei sale:

a) Fenichel, O., (1953), *La theorie psychanalitique des nevroses*, P.U.F., Paris.

b) Freeman, L., (1980), *Freud rediscovered*, Arbor House, New York.

111. Binswanger, L., (1955), *Discurs parcours et Freud*, Ed. Galimard, Paris.

112. Ricoeur, P., (1988), *Despre interpretare, eseu asupra lui Freud*, Ed. Trei, Bucureşti.

113. Ellemberger, H. F., (1994), *Histoire de la decouverte de l'inconscient*, Ed. Fayard, Paris.

114. a) Searle, J.R., „Intentionality", p. 379–386.
b) Perry, J., „Intentionality", p. 386–395, in Guttenplan, S. A companion to the Philosophy of Mind. (97).
115. Ey, H.(1973), *Des idees de Jakson à un modele dynamique en psychiatrie*, Ed. Radamantre, Privat, Toulouse.
116. Bandura, A., (1999), „Social Cognitive Theory of Personality", in Pervin (39), p. 154–196.
117. Robins, R.W., Horem, J.K., (1999), „Naturalizing the Self, in Pervin (39), p. 443–477.
118. Bogdan, R.J., (1998), *Temeiuri ale cogniţiei. Cum este modelată mintea de către comportamentul teleologic*, Ed. All, Bucureşti.
119. Rutter, M., Ed., (1982), „Developmental Psychiatry", American Psychiatric Press, Inc., Washington.
120. Lewis, M., Miller, S.M., (1990), *Handbook of Developmental Psychopathology*, Plenum Press, New York, London. Menţionăm şi această lucrare, pentru a sublinia că, în ultimii 20 ani, apariţia cărţilor cu acest titlu a devenit o constantă, fapt ce indică instaurarea unei noi „paradigme ştiinţifice".
121. Levinson, D.J., Darrow, C.M. et all, (1978), *The seasons of a man's life*, Ed. A. Knopf, New York.
122. Opera lui J. Piaget a marcat o bună parte a sec. XX. Deşi s-a centrat pe problema dezvoltării inteligenţei şi, în general, a funcţiilor cunoaşterii, ea a abordat majoritatea problemelor psihologiei developmintale, motiv pentru care a fost de multe ori confruntată cu psihanaliza, încercându-se şi armonizarea între cele două viziuni.

Pentru necesităţile capitolului, vom invoca doar câteva din lucrările apărute în limba română:

a) Piaget, J., (1970), Inhelder, B., *Psihologia copilului*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
b) Piaget, J., (1965), *Psihologia inteligenţei*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti.
c) Piaget, J., (1972), *Dimensiuni interdisciplinare ale psihologiei*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
d) Piaget, J., Chomski, W., (1988), *Teorii ale limbajului, teorii ale învăţării*, Ed. Politică, Bucureşti.

123. Bowlby, J., (1980), *Attachment and Loss*, Basic Books, New York.
124. Stan, V., (1999), *Ataşamentul. De la teorie la practică*, Ed. Salvaţi Copiii, Unicef, Timişoara.
125. Ainsworth, M.D.S., Belehar, M.C. et al., (1978), *Patterns of Attachment: A psychological Study of Strange Situations*, Hillsdale, New York.
126. Cohen, B. S., (2000), *Understanding other Minds. Perspectives from Developmentale cognitive Neuroscience*, Oxford, Univ. Press, New York.

127. Studiile lui Winnicott au nuanţat, prin observaţii directe, ideile globale ale psihanalizei. Cel puţin două contribuţii esenţiale pot fi reţinute: cele privitoare la „manipularea" copilului în primul an de către mamă şi cele privitoare la „obiectele tranziţionale" despre care va fi vorba în continuare. Menţionăm în bibliografie articole apărute în următoarele culegeri:
a) Winnicott, D.W., (1992), *Le bébé et sa mere*, Ed. Payot, Paris.
b) Winnicott, D.W., (1972), *L'infant et le monde exterieur*, Ed. Payot, Paris.
c) Winnicott, D.W., (1969), *De la pediatrie a la psychanalyse*, Ed. Payot, Paris.
128. Mircea, T., (1999), *Psihologia şi psihopatologia dezvoltării copilului mic*, Ed. Augusta, Timişoara.
129. Popa, C., (1972), *Teoria Definiţiei*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti.
130. Beck, A.T., (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*, International University Press, New York.
131. Perris, C., Blackburn, I. M. et. all, (1988), *Cognitive Psychotherapy*, Springer, Berlin.
132. Zutt, J., (1963), *Auf dem Weg einer antropologyschen Psychiatrie*, Ed. Springer, Berlin.
133. McAdams, D. P., „Personal Narratives and the Life Story" in Pervin, (39) Handbook of Personality. Personalitatea, individualitatea psihică a omului, se formează în mare măsură prin relatările despre sine, pe care le povesteşte altora, şi prin povestirile evaluatoare şi caracterizatoare ale altora despre sine, pe care subiectul le află direct sau indirect. Un rol important este şi relatarea (şi redactarea) auto-biografiei, parţial sau global, realizată în contextul diverselor solicitări sociale. Acestei probleme nu i s-a acordat o importanţă suficientă, până în ultimul timp. În „Fiinţele intermediare", problema a fost ridicată. În articolul menţionat mai sus sunt sintetizate date de literatură recentă asupra acestui aspect.
134. Erikson, E.H., (1986): *The Life Cycle*, in International Enciclopedie of the Social Science, Ed. McMillan, New York.
135. Jung, C.G., (1964), *Dialectique du moi et de l'inconscient*, Ed. Gallimard, Paris.
136. Frankl, V.:
a) (1970), *Theorie und Therapie der Neurosesn*, Ed. Reinhard, München.
b) (2000), *Man's search for ultimate meaning*, Pesseus Publishing, Cambridge, Massachusetts.
137. Längle, A.:
a) (1993), *Personale Existenzanalyse*, in Werkbegegnung. Phenomene und Metodische zugenge, GEL Verlag, Wien, Austria, p. 133–160
b) (1993), Ed. Praxis der Personalen Existenzanalyse, Erweiter Tagungsberichte. 2/1993, GLE, Viena.
c) (1999), „Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse", in Existenzanalyse, p. 16, 1, 18, 25.
138. Furnică, C., *Introducere în psihoterapia analitic-existenţială*, Ed. Polirom, Iaşi (în curs de apariţie).

5. PERSOANA CONŞTIENTĂ ÎN PERSPECTIVĂ FENOMENOLOGICĂ ŞI COGNITIVISTĂ. ASPECTE NORMALE ŞI PATOLOGICE

Tulburarea psihică afectează individul uman, înţeles ca persoană conştientă. Individul biologic poate prezenta şi el o serie de perturbări psihice prin condiţionare genetică, în urma afectării funcţionării cerebrale şi chiar ca urmare a unor situaţii de viaţă deosebite. Deşi, pentru om, e valabil, în principiu, tot ceea ce intervine în „psihopatologia animală" (evidenţiabilă, de obicei, la mamiferele superioare), există şi diferenţe fundamentale care depind de statutul ontic diferit al „antroposului" faţă de cel al „biosului" în care se înrădăcinează. În biologie, instanţele de generalitate supraordonate individului sunt specia, genul etc. Pentru persoana conştientă,[23] supraordonată este comuniunea comunitară a „logosului", realizată prin instanţa practico-teoretică susţinută de structurile instituţionale şi de limbajul asertiv-critic, prin care se realizează teoriile ştiinţifice, istoriile, povestirile. Şi, la fel, este supraordonată instanţa cultural-spirituală, vertebrată de axul logico-valoric. Iar dincolo de acestea, judecarea speculativă, reflexiv critică a omului (filosofică în alţi termeni), sesizează un halou transcendentalo-transcendent. Persoana conştientă sintetizează tot ceea ce e specific unui individ biologic, ca reprezentant al „biosului", cu tot ceea ce e specific individualului „umanului", ale cărui instanţe supraindividuale specifice le asimilează şi le exprimă. Psihismul uman este o realitate specifică a lumii, o „entitate" aparte, chiar dacă se înrădăcinează în psihismul individului biologic şi trăieşte efectiv

[23] A se vedea finalul Capitolului introductiv, 1.

Excentricităţi ale determinismului specific acestei entităţi ontice întâlnim în cazul sfântului, al geniului, sau al psihoticului „endogen", problemă ce va fi reluată în paragraful 5.8.

numai în măsura în care „respiră" în permanenţă aerul supraindividual al logosului şi spiritualităţii. La nivelul acestei entităţi, determinismul implică şi libertatea; şi, în orice caz, nu poate fi comentat doar în termenii determinismului biologic.

Starea psihopatologică este pentru psihismul persoanei umane un fel de experiment natural care evidenţiază infrastructura conştiinţei, liniile sale de forţă portante („existenţialii" săi, în limbaj heideggerian). Dincolo de detaliile semiologice, aceste elemente structurale fundamentale (a se vedea figura XXIII) ies acum în prim plan, într-o manieră distorsionată, creând configuraţia esenţială specifică „sindroamelor psihopatologice" bazale (în forma în care au fost prezentate în paragraful 2.5.1.). De aceea, în capitolul de faţă se va propune la început circumscrierea semnificaţiei acestor elemente structurale, specifice conştiinţei persoanei (echivalente ca semnificaţie cu „existenţialii" lui Heidegger din „Sein und Zeit") (179).

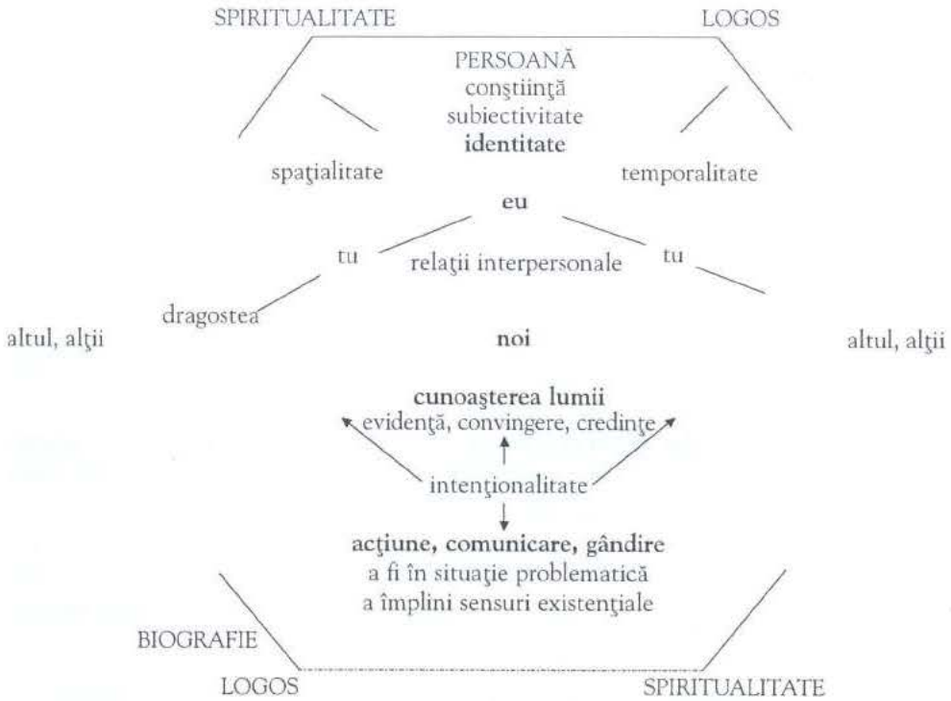


Figura XXIII. Inventar schematic al elementelor structurale ale persoanei conştiente

Ulterior (începând cu paragraful 9), se va proceda la o reexpunere a trăirilor umane anormale fundamentale, au fost descrise, în perspectivă medicală, ca „sindroame" specifice psihiatriei. Prezentarea va fi, de data aceasta, antropologico-fenomenologică, din perspectiva trăirilor şi expresiilor persoanei conştiente, dar ţinând cont şi de o bună parte a perspectivei cognitiviste, care, în prezent, comentează, în maniera cea mai pertinentă, zestrea fundalului bio-psihologic pe care omul o moşteneşte de la animale; şi care are la bază funcţionalitatea creierului său (modelabil prin sistemele „Inteligenţei Artificiale"). Cele expuse în capitolul privitor la psihopatologia developmentală, unde se încearcă asimilarea unor aspecte ale psihologiei genetice a inteligenţei (după Piaget), ale psihanalizei, precum şi a studiilor etologice aplicate la psihismul uman şi cele privitoare la ciclurile vieţii persoanei, se consideră acceptate şi nu se va reveni asupra lor. Pe de altă parte, nu vor fi comentate – în sensul că, recunoscându-se importanţa, sunt puse temporar „între paranteze" aspectele disfuncţionalităţii propriu-zise ale creierului, înţeles ca organ al corpului uman viu. Orientarea de bază a acestui capitol este în direcţia sublinierii aspectelor specific antropologice ale psihopatologiei, într-un sens fenomenologic şi parţial cognitivist, care ar putea constitui provocări şi teme de studiu pentru interpretarea „biologico-cognitivistă" a unei psihopatologii orientate concomitent şi în direcţia etologiei, ştiinţelor creierului, sistemelor ce modelează „Inteligenţa Artificială". Acest fapt va deveni evident încă din primul paragraf, deoarece psihologia, filosofia şi psihopatologia cognitivistă actuală nu pot opera cu noţiunile de persoană, conştiinţă, subiectivitate, decât parţial, la limită, reductivist. Următorul paragraf, privitor la identitatea şi spaţio-temporalitatea subiectului conştient, nu are încă elaborări în cognitivismul actual. O parţială contribuţie există, totuşi, la nivelul cunoaşterii lumii (5.4.), înţeleasă ca teorie mai mult sau mai puţin ştiinţifică. Intenţionalitatea în perspectiva cognitivistă şi fenomenologică (5.5.) este distinctă la nivelul fundamentelor; ceea ce nu înseamnă însă, că nu se poate articula. În ceea ce priveşte perspectiva biografică, aceasta nu e conceptibilă încă pentru cognitivismul actual, deoarece ţine, în esenţă, de instanţa logosului şi a spiritualităţii; ceea ce nu înseamnă că nu poate fi şi ea o provocare pentru o abordare şi cercetare, dialog, reînţelegere şi reformulare a unor probleme tradiţionale, într-un nou metalimbaj[24].

[24] Paragrafele 5.1.–5.7. din prezentul capitol sunt, la prima lectură, fără legătură cu psihiatria şi psihopatologia; importanţa lor pentru o psihopatologie fenomenologică „provocatoare" se va evidenţia începând cu paragraful 5.9. Dar, şi până atunci, pe parcurs, vor fi făcute constant trimiteri la fenomenele psihopatologice.

5.1. Persoană, conştiinţă, subiectivitate (139), (140), (141), (142)

Conceptul de persoană este specific uman şi nu poate fi comentat în termeni de psihologie animală, sau în termenii abstracţi şi generici ai „sistemelor cognitive ce se autoreglează", aşa cum sunt concepute acestea în prezent. În cultura şi civilizaţia Europei, el are o istorie ce ne plasează în extinderea lumii a 3-a a lui Popper; mai precis, în cea a dogmaticii creştine. În acest context, după Conciliul de la Niceea (sec. IV), s-a dezbătut constant problematica „tri-consubstanţialităţii persoanei lui Dumnezeu". Atribuirea calificativului de „persoană", omului muritor, se petrece pregnant de abia în sec. al XVIII-lea, cel al „luminilor raţiunii". Mai precis, după ce apare cea de a doua Critică a lui Kant (= Critica Raţiunii Practice), în care subiectul-om este calificat ca „persoană", deoarece are libertatea de a-şi însuşi, pentru a respecta, prescripţiile imperativului categoric al legii morale. Omul, considerat în ipostaza sa de fiinţă raţională, poate să participe şi să se dimensioneze acum ca individ, prin calificativul de „persoană", considerat tradiţional ca specific lumii transcendente a Zeului. Este avută în vedere dimensionarea valoric-spirituală, care o implică dar şi o depăşeşte pe cea a „logosului – social – comunitar", deschizând orizontul transcendenţei, a posibilelor şi a creaţiei. De fapt, istoric vorbind, a existat o perioadă de tranziţie, de intermediere, când noţiunea de persoană a funcţionat în zona practico-teoretică a logosului, denumită drept şi justiţie. E vorba de doctrina juridică exprimată prin „Dreptul" tradiţional, romano-bizantin a lui Justinian, preluat apoi de Europa, în cadrul pulsiunilor sale de reafirmare, mereu diferenţiatoare întru nou, renascentiste şi post-renascentiste. Cogito-ul cartesian ce s-a impus în sec. XVII-lea, limitat, cum a fost, la problematica cunoaşterii şi ignorând tematica juridico-moral-politică, nu putea să includă între atributele sale pe cel de persoană („persona") în sens de libertate, responsabilitate şi demnitate în raport cu celălalt, cu ceilalţi, cu „umanul", aşa cum o vor face secolele ce vor urma după impulsul kantian. E de subliniat că însuşi termenul de „persona" – „prosopon" în greceşte – se referă la faţă, la apariţia şi manifestarea publică. În planul logosului comunitar, a vieţii în societate, în raport cu alţii, persoana-mască poate semnifica acea instanţă a individului uman prin care el se exprimă şi se expune receptării sale evaluative de către ceilalţi. În această perspectivă, faţada măştii poate disimula adevărata trăire a subiectului, pe care acesta o resimte în intimitate, exprimând predominant manifestarea sa ce ţine seama de normele statutelor şi rolurilor sociale, cu intenţionalităţile de manifestare situaţionale ale individului

în raport cu alţii. Se deschide, astfel, poarta duplicităţii existenţiale ca alternativă sau polarizare faţă de „autenticitatea" trăirilor coerente, transparente şi/sau creatoare.

Dar şi faţă de univocitatea opţiunilor rigide din fanatismul antropologic şi psihopatologia paranoiacă. Instanţa persoanei şi-a păstrat, până în zilele noastre, locul său prezent în zona spiritualităţii valorice. Creativitatea reală a unui individ uman e comentată în termeni de personalitate plus valorică, eventual „genială". Relaţia etică e analizată şi ea în termenii relaţiei dintre persoane. Doctrinele filosofice personaliste din sec. XIX şi XX – americane şi franceze – au postulat relaţia nemijlocită dintre om şi fiinţa transcendentă supremă[25]. De aceea s-ar putea spune că termenul de „personalitate" este o cupolă sub care sunt sintetizate toate aspectele importante ale existenţei unui individ uman, real. E de reţinut formularea lui H. Ey, care susţinea că psihopatologia este, în esenţă, comentarea perturbărilor persoanei umane.

Conştiinţa, ca atribut fundamental al persoanei (=fiinţei umane individuale) a fost caracterizată încă din filosofia sec. al XIX-lea, prin atributele de: – reflexivitate (în sens de cunoaştere reflexivă a lumii şi a sinelui); – subiectivitate intenţională; – libertate; – sinteză a manifestării şi afirmării individului conştient în planul logosului şi al spiritualităţii. Alte caracteristici, precum: fundarea în sine, autodeterminarea, autogenerativitatea, creativitatea întru nou, se regăsesc şi la nivelul altor instanţe ontice (de exemplu, la nivelul individului biosului). În general, atributele conştiinţei apar comune cu cele ale „eului", concept lansat, aşa cum s-a menţionat, tot de Idealismul german şi, care, subliniază delimitarea subiectului în raport cu altul (alţii) şi cu lumea.[26]

Reflexivitatea conştiinţei este înţeleasă, în mod tradiţional, în dublu sens: a) reflectarea cognitivă a lumii exterioare de către subiect, aceasta devenind o componentă interioară a sa; b) reflectarea de sine a subiectului ce se receptează pe sine ca pe un „obiect-subiect" ce reflectă realitatea.[27] Reflexivitatea conştiinţei ar fi de neconceput în afara vizării intenţionale a subiectului.

---

[25] Caracteristicile generice ale conştiinţei – ce face acum corp comun cu persoana – se regăsesc şi între determinaţiile fiinţei supreme, a Dumnezeului religiei creştine.

[26] Conceptul de „Eu" are un moment culminant în sec. XIX, în filosofia lui Fichte, iar în sec. XX, în cea a lui Husserl.

[27] Aceste două înţelesuri se regăsesc atât în filosofia lui Hegel, în sec. XIX, cât şi în cea a lui Husserl, în sec. XX.

Elemente reflexive care asigură pentru individ o cunoaştere a lumii (înconjurătoare) centrată de sine, însoţită de o autopercepţie ce permite orientarea în ambianţă şi acţiunea eficientă, posedă, într-o manieră sintetic intenţională, şi mamiferele superioare aflate în stare vigilă. Acest concept a fost denumit prin termenul de „self", „selbst". Pe de altă parte, însăşi vigilitatea – opusă somnului sau comei – prin care se asigură un nivel crescut de funcţionare a psihismului, poate fi considerată ca un primordiu al conştiinţei, fără a se confunda cu specificitatea conştiinţei umane, a cărei semnificaţie nu se cantonează la acest nivel. Şi aceasta, deoarece individul uman, în ansamblul trăirilor sale, este inserat în lumea a 3-a a lui Popper, înţeleasă în sens lărgit. Aceasta presupune implicarea limbajului asertiv-critic care, la rândul său, face posibilă relatarea propriilor expectanţe, re-prezentarea, comentarea, caracterizarea şi evaluarea nu doar a altora, ci şi a propriului sine, prin intermediul limbajului descriptiv-evaluativ, deci, şi rememorarea biografică, reprezentarea de sine, dialogul interior. Pe această cale se edifică – cu sprijinul logosului şi spiritualităţii – identitatea propriului eu, ca suport al conştiinţei reflexive şi a subiectivităţii conştiente.

Conştiinţa, prin funcţia sa intenţional sintetică, asigură coerenţa, comprehensiunea aserţiunilor semnificante şi acţiunilor cu sens, ce se afirmă în interiorul lumii umane. În spatele acestora funcţionează coerenţa sau sinteza (în sens de unu-multiplu) eului; care, prin identitatea cu sine a subiectului, articulează conştiinţa de persoană. Libertatea asigură conştiinţei capacitatea de a opera cu posibilele (imaginarul) în perspectiva sintezei creative ce se articulează cu – şi se proiectează în – universul spiritual al valorilor. Dar şi responsabilitatea morală ce rezultă din evaluarea cu discernământ a consecinţelor propriilor acte, pentru sine şi pentru alţii, din perspectiva valorii de bine şi a unor criterii acceptate. Încă de la impunerea sa în filosofie, conştiinţa morală, la Kant, a invocat instanţa transcendenţei. Conştiinţa umană este ancorată, la fel ca şi instanţa persoanei, în nivelul spiritual valoric al umanului.

Dacă persoana conturează existenţa conştientă a individului-eu în direcţia apariţiei, a manifestării în instanţa logosului şi spiritualităţii, la un pol opus se situează **subiectivitatea**. Aceasta îşi are locul şi se desfăşoară în intimitatea reflexivă a eului conştient, înrădăcinat în sine, instaurându-se pe baza „distanţelor interioare" pe care identitatea cu sine, precum şi spaţio-temporalitatea, ce-i este specifică, le face posibile în lumea umană, în raport cu celălalt, ceilalţi, cu noi şi globalitatea funcţionării umane. În intimitatea subiectivităţii se diferenţiază atitudini, raportări, dialogări şi un comerţ specific cu altul, cu alţii, care sunt interiorizaţi şi fac parte nu doar din propria memorie şi reprezentare, ci din

propria structură (aşa cum s-a comentat în paragraful 4.3.2.). De asemenea, au loc dezbateri interioare ale persoanei cu sine însăşi, luarea deciziilor, resimţirea intuiţiilor, a spontaneităţii, dorinţelor şi intenţiilor, ecloziunea pulsiunilor şi sentimentelor. Şi tot la acest nivel se păstrează, deliberat, secretul personal, e resimţită culpa, mustrarea de conştiinţă, vocea conştiinţei morale. Subiectul conştient, eul, se reflectă pe sine, distanţându-se, în acelaşi timp de sine – în maniera judecării, evaluării – fapt ce devine posibil prin celelalte elemente structurale ale persoanei conştiente, precum identitatea, judecarea evaluativă, inserţia şi afirmarea în zona logosului şi spiritualităţii etc. Iar aceste instanţe „exterioare", în raport cu intimitatea subiectivităţii conştiinţei, pot reprezenta – dacă nu un criteriu – un reper de referinţă funcţional. Intimitatea conştientă este sediul unor trăiri pe care nu le cunosc alţii, nu le ştie oricine, uneori, nimeni altul decât subiectul. Ea reprezintă unul din polii diagramei intim-public propriu ek-sistenţei oricărei persoanei. Şi care face posibilă atât duplicitatea, cât şi sinceritatea, autenticitatea existenţei omului. Dragostea – dar şi ura – sunt resimţite în intimitatea subiectivităţii, chiar şi atunci când nu sunt exprimate – sau sunt mimate duplicitar prin contrariul lor – crescând pe solul constitutiv al prezenţei celuilalt, a altora, în structura propriului psihism (aşa cum s-a comentat în capitolul precedent). Celălalt, cel iubit, e prezent în mine, îi resimt prezenţa, mă raportez constant la el, chiar dacă, fizic, se află departe, peste mări şi ţări. Şi la fel, cel pe care-l urăsc.

Subiectivitatea conştiinţei este sediul, nucleul iniţial şi ultim de pornire al intenţionalităţii reflexive şi al oricărui demers metodic, iniţiat deliberat de către subiect. Ne referim, la începutul comentariului, în primul rând la trăirea polarizată în raport cu un obiectiv. Subiectul, angajat continuu în situaţii mai mult sau mai puţin problematice, resimte şi înţelege inserţia sa orientată în lumea umană. Fapt care, prin reflexivitatea conştiinţei subiective, se derulează ca o trăire particulară. Această trăire, în sens de poziţionare atitudinală, este esenţialmente subiectivă şi, în mare măsură, marcată de ceea ce psihologia (şi psihopatologia) clasică a denumit afectivitate (în diverse semnificaţii ale termenului). Dar angajarea subiectului în situaţii ale căror semnificaţii le înţelege se conturează prin precizarea unui scop şi sens. Trăirile unui subiect se plasează în primul rând pe axa temporalităţii existenţei sale, incluse fiind în biografie, dar implicând toate instanţele constitutive importante ale persoanei conştiente. Trăirea subiectivă se articulează cu evenimentele la care persoana participă, ca angrenată, alături de alţii, în viaţa comunităţii sociale, marcată de logos şi valori. Dar există de obicei şi trăiri fireşti ce pot scurtcircuita sau depăşi zona comuniunii-comunitare, integrând-o; aşa sunt: contemplaţia estetică, mustrările de

conştiinţă, reflexia speculativ-critică de tip filosofic, invocarea divinităţii. O mare parte din trăirile psihopatologice ignoră, de asemenea, implicarea efectivă în evenimentele sociale fireşti şi constitutive pentru logosul comunitar, derulându-se într-un registru al nefirescului, al anormalităţii, chiar în raport cu acest cadru. Prin aceasta, ele plasează subiectul într-un regim, al „alienaţiei", al patologiei psihismului uman.

5.2. Identitatea şi spaţio-temporalitatea persoanei umane conştiente

5.2.1. Identitatea

Identitatea este o caracteristică şi a individului biologic care rămâne în fundal acelaşi, în spatele relaţiilor, evenimentelor trăite şi a metamorfozelor sale, dincolo de creştere, maturare, multiplicare şi îmbătrânire, stând la baza derulării comportamentelor sale, condiţionate genetic sau învăţate prin experienţe. Individul uman presupune identitatea cu sine a individului bio-psihic, amplificată şi diferenţiată specific prin instanţa eului conştient.

Eul conştient îşi are bazele în sinele („self", „selbst") autoreflexiv şi intenţional, cunoscător şi auto-reproductiv, prezent la nivelul biosului, al vieţii animalelor (superioare) ce se autoafirmă, dezvoltându-se, metamorfozându-se printr-o cunoaştere şi inserţie relaţională în mediul lor ecologic, progresiv mai complex, în corelaţie cu caracteristicile evolutive ale speciei.

Notă. El poate fi extrapolat sau imaginat în sens pozitiv, specific şi la nivelul sistemelor Inteligenţelor Artificiale, bazate pe individualităţi caracterizate prin auto-generativitate. Dar, la acest nivel al modelării, se impun multe reducţii şi simplificări, nu doar în raport cu echivalentul ce-l reprezintă „persoana umană", ci şi în raport cu cel reprezentat de „individul biologic"; căci, acesta din urmă are, prin definiţie şi în esenţă, o caracteristică de multiplicare sporitoare întru specie, ce face posibilă deschiderea perspectivei evoluţiei, devenirii. Toate acestea lipsesc din circumscrierea unei realităţi unice – adică a unui individ – dotat cu autoreglare, auto-reflexie şi chiar autogenerativitate, necesitând un univers conceptual mai larg, în care „individul" respectiv să fie inclus; şi care, de fapt, să modeleze cel puţin universul ontic al biosului. Când comentăm eul reflexiv, ne plasăm însă într-un alt univers ontic, distinct de cel biologic, într-unul specific antropologic, dimensionat prin logos şi spiritualitate.

O primă schiţă a eului conştient, identic cu sine, se manifestă în jur de trei ani, atunci când copilul îşi dă seama că „el" este sursa actelor sale şi a consecinţelor acestora, că „el" rămâne acelaşi în spatele interrelaţiilor cu alţii, a evenimentelor trăite şi a metamorfozelor ce se realizează în cursul ontogenezei, a personogenezei sale. Dar, momentul înţelegerii reflexive de la 3 ani e precedat de alte faze ce au fost amintite : adualismul iniţial (în sensul lui Piaget), relaţiile pre-objectuale (în sensul lui Klein), relaţia de ataşament (în sensul lui Bowlby), începutul dezvoltării funcţiilor semiotice, implicând imitarea celui neprezent şi reprezentarea sa prin joc de rol (Piaget), relaţia cu obiectele tranziţionale (Winnicott) şi toate fazele comentate de psihanaliza lui Freud. Ulterior, identitatea eului conştient se forjează prin parcurgerea etapelor developmentale, ajungându-se la maturitate, şi apoi prin exercitarea rolurilor sociale, prin relaţiile şi activităţile mai mult sau mai puţin creatoare, prin asimilarea cunoaşterii lumii umane şi constituirea unei lumi proprii, orientată de opinii şi convingeri. Prin proces de „individuaţie", în sensul lui Jung, identitatea dar şi unicitatea persoanei conştiente se adâncesc.

Identitatea persoanei poate fi privită din perspectivă subiectivă, în sensul sentimentului de a fi şi a rămâne în fond acelaşi eu conştient, neschimbat în esenţă şi unitar (eu=eu), de-a lungul timpului şi în diverse relaţionări sociale, eu, ce se raportează într-un mod determinant faţă de lumea umană proprie. Identitatea se cere abordată însă şi dintr-o perspectivă „obiectivă", în sensul că o persoană anume rămâne aceeaşi pentru altul, alţii şi comunitatea în care trăieşte. La acest fapt contribuie atât aspectul său fizic, cât şi modul său relativ constant de reacţie şi comportament, deci, dimensiunea sa temperamental-caracterială manifestată şi în plan valoric, prin virtuţi, talente, particularităţi ale conştiinţei morale. Din identitatea persoanei mai fac parte: statuturile şi rolurile sociale asimilate, cunoştinţele, concepţiile şi credinţele personale, reţeaua sa socială, propriile creaţii, precum şi întreg avutul de care se ataşează. Şi, desigur, biografia şi numele său.

Aspectele principale, ce se ridică în comentarea identităţii eului conştient, sunt: – relaţiile sale cu propria corporalitate trăită din perspectiva cvasibiologică a schemei corporale (şi a imaginii corporale pe care o are despre sine); – delimitarea sa faţă de alţii în contextul diverselor relaţii trăite; – coerenţa şi unitatea sa (sintetică), consistenţa sa interioară atât în perspectivă biografică, diacronă, cât şi într-una sincronă, situaţională, exprimată în motivaţie, deliberare şi acţiune; – menţinerea aceluiaşi (eu=eu) în spatele metamorfozelor devenirii personale; – acordul (conştient şi neconştient) subiectului cu ceea ce

intenţionează şi face. Acest acord se exprimă prin armonia egosintonă interioară, resimţită în subiectivitate şi manifestată prin expresii şi comportamente (acordul se referă la propriile pulsiuni, dorinţe, intenţii, reprezentări, pretenţii, decizii, acţiuni). În normalitate şi în psihopatologie e posibil şi un dezacord interior al sinelui-eu-conştient cu el însuşi, în perspectiva identităţii persoanei, fapt etichetat ca egosintonie.

Înţelesul bogat al identităţii cu sine a eului conştient este strâns articulat, la nivelul fundamentelor, cu temporalitatea şi spaţialitatea proprie; iar la nivelul împlinirii edificiului, cu biografia ce susţine şi afirmă, în cele din urmă, persoana în lumea sa umană.

Perturbările identităţii subiectului se regăsesc în multiple tulburări psihice, episodice sau structurale. Domeniul lor nosologic predilect de manifestare este cel al „nevrozelor", când predomină egodistonia. Dar tulburări ale identităţii întâlnim şi în: depersonalizare, sindromul de transparenţă-influenţă, delir etc. Tot din perspectiva anormalităţii identităţii apare şi problema egosintoniei aberante. Aceasta se manifestă la multe din persoanele dizarmonic-psihopate şi, mai ales la tipul anetopat. O egosintonie nefirească o întâlnim şi în delirul paranoic.

5.2.2. Temporalitatea

Temporalitatea subiectului, element esenţial al structurii identităţii eului, se diferenţiază în prima instanţă în prezentul trăit, trecutul rememorabil şi viitorul dorit, sperat, imaginat (143), (144), (145), (146), (147).

1. Prezentul („actualul") resimţit şi structurat de subiectul uman individual, de persoana conştientă, poate fi circumscris prin trăire activă, în cadrul căreia el rezolva o situaţie problematică. Se înţelege că, din punct de vedere al timpului fizic, această acţiune durează o anumită perioadă de timp, având şi o anumită structură. Pentru a rezolva o problema, subiectul ce acţionează implică lumea, lumea sa umană, prezentă în nişa sa ecologică. Iar în prima linie sunt implicaţi ceilalţi, ce se află la diverse grade de proximitate sau distanţă psihică în raport cu subiectul. Timpul „trăit" de subiect se suprapune peste timpul fizico-cosmic al ceasornicelor şi calendarelor şi se întreţese cu timpul celorlalţi subiecţi cu care interacţionează şi cu structurile de temporalitate ce ritmează existenţa comunităţii în care el trăieşte (ritmul muncii, al săptămânii, al vacanţelor, al sărbătorilor). Este, de asemenea, presupus şi implicat timpul biologic care se derulează între naştere şi moarte, prin parcurgerea unor etape developmentale şi

perioade critice, marcat fiind de evenimente şi de diverse bio-psiho-ritmuri (cum ar fi cel somn-veghe). De asemenea, prezentul personal, aşa cum a fost mai sus circumscris, presupune o succesiune de trăiri interioare, axate în jurul unui proces de gândire, prin care problema e rezolvată teoretic şi – concomitent sau ulterior – practic. Mai este implicat şi presupus limbajul, întreţesut cu gândirea, ca expresie şi comunicare, ca instrument efector şi eficient în derularea acţiunii respective, dar şi în perspectivă asertiv-critică. Prin limbaj se realizează dialogul, disputa dialectică, interpretarea hermeneutică, aserţiunea, povestirea, discursul. Devine posibilă, astfel, o potenţială sau reală repovestire a evenimentului. Janet a sugerat chiar să se circumscrie prezentul trăit de un om prin acel eveniment ce, de la început, este subiect potenţial de relatare. Menţionăm şi concepţia lui McIntyre, care interpretează acţiunile omeneşti, în general, drept **„naraţiuni în act"**.[28] Viitorul eventualei povestiri este avut în vedere de la început pentru a delimita prezentul, de ceea ce va urma să fie. Trecutul este şi el presupus de prezent, e implicat în realizarea acestuia; dar se diferenţiază prin calitatea sa de premiză, de instanţa potenţială aflată la dispoziţia subiectului.

O circumscriere a prezentului persoanei, aşa cum a fost făcută mai sus, este principial posibilă. Dar practic, apar multiple dificultăţi de îndată ce se trece mai departe de secvenţele unor acţiuni sau reacţii evenimenţiale scurte. Sunt evenimente cu serioase implicaţii pentru subiect, ce se pot rezolva doar în zile sau săptămâni succesive. Mai mult, subiectul se poate angaja – de fapt, totdeauna este angajat – în rezolvarea unor probleme ce evoluează paralel şi au diverse amplori temporale. Uneori, aceste şiruri de acţiuni se derulează fără să se intersecteze; dar alteori, ele se pot condiţiona reciproc. Relaţiile inter-personal afective au şi ele o dinamică temporală, fapt ce apare evident o dată ce atenţia se concentrează asupra „ciclurilor vieţii". Dincolo de aspectul exterior al constituirii unor prietenii sau relaţii între sexe, ce pot conduce la căsătorii şi la evoluţia unui ciclu familial, temporalitatea acestor relaţii interpersonale afective se desfăşoară şi în intimitatea subiectivităţii conştiente a eu-lui. Aceasta poate fi comentată din perspectiva dinamismului procesului de îndrăgostire, ce conduce iniţial la o relaţie fuzională, urmată de o relaţie temperată dar intensă, din perspectiva trăirilor afectiv-tranziţionale; ulterior, e posibilă şi deteriorarea progresivă a acestei relaţii, ajungându-se la dezinteres, indiferenţă sau ură.[29]

---

[28] A se vedea paragraful 5.7.

[29] A se vedea comentariile din paragrafele 3.7., 4.3.8., 5.3.

Toate aceste procese interpersonal-afective sunt structurante pentru – şi în acelaşi timp se bazează pe – temporalitatea internă proprie. Şi în acelaşi timp, ele se desfăşoară şi într-un timp exterior fizic. Ar mai intra în discuţie şi relativa sustragere de la temporalitatea progresiv-metamorfozată pe care o trăieşte, aparent continuu, persoana, a zonei neconştiente a psihismului, în sensul unei cvasi-atemporalităţi a inconştientului. Toate aceste aspecte reprezintă teme de studiu şi analiză şi pentru psihopatologie. Existenţa unui om constă în mod firesc din perioade de viaţă de diverse durate, unele mai ample, ce durează săptămâni, luni de zile ba chiar ani. Mai sunt de menţionat şi cicluri de viaţă ce se desfăşoară de-a lungul unor perioade îndelungate de timp. Toate acestea sugerează coexistenţa, în paralel, a unor linii temporale suprapuse şi diferite ca amploare temporală, ce se află în variate interrelaţii, realizând o profunzime şi o bogăţie intrinsecă a timpului trăit de un om. Iar la limită, întâlnim **durata personală**, ca fundal şi sinteză a continuităţii biografice şi **ca nivel de articulare între temporalitate şi identitatea persoanei.** De multe ori, starea psihopatologică realizează o aplatizare a profunzimii structurii temporale a persoanei, aşa cum întâlnim în reacţiile psihopatologice, în dezvoltarea prevalenţială sau în delirul sistematizat, iar uneori, o discontinuitate a duratei identităţii, ca în stările „disociative de conştiinţă" (crepusculare), în „fugile patologice", în cazul dublei personalităţi.

Viitorul are ca punct de plecare prezentul. Dar, mai corect spus, el se bazează pe structura temporală de profunzime a persoanei, pe identitatea subiectului ce se întreţese cu durata biografică, dar e ancorat în prezent, fiind inserat în lumea sa umană, cu întreaga ei complexitate. Viitorul se referă la ceva care este dorit, sperat, aşteptat, imaginat. Tematizarea viitorului, ca reprezentare, poate avea diverse grade de precizie discursivă. Funcţia psihică care susţine în mod esenţial instanţa viitorului este imaginarul. Aceasta operează cu posibilele, implicând cunoaşterea lumii ce se bazează pe memorie, pe trecut. Dar şi pe elementele logosului asimilat personal, care structurează mai lax sau mai pregnant, pentru fiecare persoană adultă, condiţiile de posibilitate nu doar ale unui viitor corelat angajărilor subiectului în proiecte determinate, ci şi cele ale unui viitor imaginat, anticipat şi proiectat într-o existenţă posibilă (în sensul în care Blankenburg a comentat problema psihologico-psihopatologică a viitorului anticipativ).

Uneori, tematica viitorului este vagă sau neprecizată, dar deschiderea persoanei spre el, este, totuşi, conturată, prin faptul de a spera, aştepta să se „întâmple" ceva, încă insuficient de clarificat, dar circumscris prin direcţia unui domeniu existenţial. Subiectul aşteaptă să se „petreacă" „ceva" pe care-l presimte

sau e sigur că îl va afecta şi implica, dar fără nici o precizare clară. Aşa se desfăşoară lucrurile în anxietate, în dispoziţia delirantă bazală, în sentimentul paradelirant al iminentei petreceri a unei catastrofe. Alteori, tematica este mai precisă, constituindu-se ca o dorinţă sau ca un obiectiv de atins. În sfârşit, viitorul face parte, aşa cum s-a menţionat, şi din structura propriu-zisă a prezentului, care nu s-ar putea desfăşura ca o acţiune ce rezolvă probleme, fără a invoca în permanenţă ceva posibil şi previzibil. Încrederea necondiţionată într-un viitor a toate posibil e prezentă în manie; problematizarea sa face corp comun cu îngrijorarea anxioasă; pierderea dimensiunii viitorului caracterizează depresia.

2. Trecutul este o instanţă la care se poate face apel şi la care se apelează efectiv. Accesibilitatea la trecut dă siguranţă şi certitudine subiectului, susţinându-i identitatea. El asigură cunoaşterea şi abilităţile necesare pentru acţionarea eficientă în lume. Când începe o acţiune, subiectul invocă trecutul pentru a-şi asigura o pre-cunoaştere a lumii în care urmează să se manifeste. Trecutul poate fi actualizat însă şi într-o manieră în care el să constituie tematica principală a prezentului. Caz ce se petrece în reamintiri spontane sau voluntare, în reprezentări analitice sau contemplative, în reverie. Acest tip de prezent, pus în serviciul trecutului, e un prezent „slab" din punt de vedere al acţiunii directe, al unei prezenţe active în lume, acum şi aici. Dar el e important pentru auto-definirea persoanei, care are nevoie în mod constant de auto-cunoaştere, de auto-evaluări, de auto-analize şi de judecare de sine. Astfel de procese judicative se pot derula şi involuntar, ca în ruminaţiile culpabilizatoare ale depresivului. În patologia obsesivă, prezentul trăit e invadat, de obicei, într-o manieră sâcâitoare ego-distonă de un trecut repetitiv. Curele psiho-terapeutice operează frecvent cu acest „prezent-slab", ce activează trecutul.

În final, menţionăm că scurgerea timpului subiectiv poate fi resimţită de către persoana conştientă, aflată în situaţie psihopatologică, ca derulându-se cu mare viteză (în manie) sau lentoare (în depresie).

Notă: În comentariul de faţă nu este loc pentru analiza unor modalităţi antropologice particulare ale trăirii temporalităţii, cum ar fi, pentru prezent: extazul, intuiţia, revelaţia, conversiunea spirituală; sau trăirile corelate convingerilor religioase privitoare la naşterea spirituală, viaţa de după moarte, sentimentul contopirii cu eternitatea si absolutul. Pe de altă parte, se cere avută în vedere tema „devenirii" persoanei, a metamorfozei sale complexificatoare şi creatoare, având ca suport identitatea deschisă spre preschimbare, întru nou, a creativităţii. În situaţie psihopatologică, subiectul decade şi din această caracteristică sau dimensiune a devenirii.

5.2.3. Spaţialitatea proprie persoanei

Spaţialitatea proprie persoanei, care este şi ea un element esenţial a identităţii omului, se bazează în mod specific, pe distanţele psihologice faţă de alte persoane. Desigur, acestea se detaşează pe un fundal generic al spaţialităţii antropologice considerată în general, care are în vedere poziţia şi înrădăcinarea fiinţei umane (toposul său de inserţie, origine, locuire) orientarea spre... raportul cu... şi accesul la... alte instanţe umane şi neumane, pe diverse căi, cu diverse vehicule sau sisteme de comunicare, cu variate viteze de străbatere a distanţelor. Această spaţialitate se cere comentată într-un sens generic antropologic, care implică logosul comunitar, lingvistic şi instituţional susţinut de o proprie tehnologie, precum şi dimensiunea spiritualităţii valorice în raport cu care „spaţialitatea" şi „temporalitatea" sunt puse în termeni specifici (menţionăm că maniera în care Heidegger comentează trăirea spaţialităţii de către Dasein, este una limitată şi limitativă).[30] Oricum, pornind de la individualul umanului, de la persoana conştientă, problema spaţialităţii are aspecte specifice, desigur, suprapuse peste cele fizice şi biologice, şi încadrate de cele ale logosului şi spiritualităţii, cu ultimele făcând, de fapt, corp comun. Dacă ne referim la „spaţialitatea biologică", deasupra căreia se structurează cea antropologică – asimilând-o în sens global şi în sens individual – atunci se cere menţionat că aceasta presupune toposul de locuire, cuibul, vizuina, teritoriul limitrof – şi distanţele faţă de acestea, precum şi multe alte aspecte. Şi, la fel, spaţialitatea antropologică a persoanei se suprapune peste problematica spaţialităţii fizice, mult metamorfozată de tehnologia umană contemporană (problemă pe care nu o comentăm însă la acest nivel).

Revenind la **spaţialitatea proprie persoanei**, aceasta **are ca punct de plecare** – ca termen de referinţă – **intimitatea subiectivă**. Nivel la care subiectul conştient îşi resimte identitatea cu sine. Şi care e înrădăcinată în propriul „corp-eu", cu toate caracteristicile fizico-biologice dar şi psihic-antropologice ale acestuia. În raport cu instanţa amintită, pot exista diverse distanţe, la care anumite persoane se află şi care le califică pentru subiect, din punct de vedere al

[30] În „Sein und Zeit", Heidegger comentează spaţialitatea antropologică – a Dasein-ului – în primul rând din perspectiva accesibilităţii cuiva (deci a unei persoane) la informaţii şi acţiune pragmatică. E neglijată şi ignorată problematica esenţială a „spaţialităţii" raportărilor interumane şi, în general, specific umane, aşa cum vom încerca să o comentăm în acest paragraf.

spaţialităţii ca: 1 = persoane foarte „apropiate", intime; 2 = persoane apropiate, familiare; 3 = persoane cunoscute dar aflate la o distanţă oficială; 4 = persoane necunoscute cu care se intră totuşi în contact. La cele două extremităţi ale seriei s-ar plasa: 5 = persoane complet indiferente pentru subiect; 0 = persoane cu care el se interpătrunde afectiv, pe care le asimilează şi le introjectează, ca în cazul prieteniei şi dragostei, fără ca, prin acest proces, propria identitate şi individualitate să aibă de suferit în ceea ce priveşte delimitarea ei (148). Toate aceste distanţe implică subiectul din perspectiva afectivităţii tranzitive. Poziţionarea celuilalt (celorlalţi) în raport cu intimitatea sinelui, care implică afectivitatea tranzitivă, se cere diferenţiată până la un punct de simpla cogniţie socială (151). Aceasta introduce şi ea unele distanţe, cum ar fi: persoanele bine cunoscute, familiare, ca membrii de familie sau colegii de serviciu, faţă de care subiectul poate avea diverse distanţe psihice afectiv intime; sau „străinul" pe care pot ajunge să-l cunosc mai mult sau mai puţin, fără a mă raporta nemijlocit (direct afectiv) la el, în nici o modalitate de trăire. În această poziţie pot fi persoanele despre care subiectul capătă cunoştinţe prin observaţia exterioară sau din relatările altora, din dosarele de cadre sau dosarele juridice, dar şi eroii de poveste, roman, film. Prin cunoaştere, celălalt devine un personaj, o „temă" a unui discurs real sau posibil. De fapt, şi persoanele concrete care sunt mai mult sau mai puţin apropiate sufleteşte de subiect, intră în regimul reprezentării şi povestirii ca, de exemplu, a comentării sale de către un alt subiect cu un partener de discuţie.[31] Se cere făcută o distincţie între „celălalt" în măsura în care acesta se află într-o anumită relaţie efectivă (şi afectivă) cu subiectul; şi **„celălalt" în calitate de „temă"**, fie a unei povestiri, fie inclus în proiecte de acţiune. Celălalt, în calitate de „temă", iese din orice problematică obişnuită a distanţelor psihologice „trăite". El poate rămâne într-un regim relaţional cu subiectul, similar cu cel al oricărei alte teme, obiect sau obiectiv de urmărit şi atins în contextul logosului asimilat şi practicat.

În raport cu distanţele menţionate mai sus, se poate identifica şi descrie un proces de apropiere progresivă de intimitatea persoanei, trecând prin toate fazele menţionate, până la cea ultimă, a identificării reciproce (=0); precum şi un proces de îndepărtare progresivă printr-o distanţare afectivă, dinspre intimitate spre indiferenţă (=5). Aceste poziţionări şi procese relaţionale, evident, sunt diferite de distanţele fizice şi cele biologice. Ultimele se articulează parţial

[31] A se vedea paragraful 4.3.7.

cu cele antropologice în măsura în care este diferenţiată zona de siguranţă a familiei „aflată în cuib" de zona pericolului maxim, departe de cuib, într-un loc plin de duşmani. Persoanele umane aflate în relaţie, au o altă realitate, se află într-un alt regim ontic decât fisisul şi biosul. De aceea e posibil sentimentul de apropiere şi prezenţă şi în raport cu cineva care, fizic, se află la mare depărtare. Sau sentimentul de mare distanţă psihică faţă de cineva care se află în apropiere fizică. De reţinut faptul că, în termenii psihologiei clasice, sentimentul de ură presupune o apropiere psihologică importantă, net distinctă de cazul indiferenţei.

Această situaţie a distanţelor sufleteşti face posibilă resimţirea – contactul, interpătrunderea şi comunicarea – precum şi reprezentarea mult mai uşoară a celui apropiat sufleteşte – a celui drag şi bine cunoscut – în raport cu cel indiferent sau străin, puţin cunoscut. De asemenea, se explică astfel situaţia deosebită a doliului, în care celălalt – care a fost iubit şi familiar – este definitiv dispărut; el continuă să persiste ca prezent în interioritatea şi intimitatea persoanei, deşi fizico-biologic este absent; şi va rămâne absent. Distanţele sufleteşti au, desigur, şi o anumită dinamică temporală, în sensul că anumite persoane se apropie progresiv de intimitatea subiectului, iar altele, de-a lungul timpului, se îndepărtează.

Polarizarea între intimitate şi aspectul „exterior–public" al distanţelor psihice interpersonale nu marchează doar calificarea persoanelor în raport cu subiectul, ci reprezintă şi o structură interioară a subiectivităţii conştiente (150). Aceasta prezintă, la un pol, o zonă a intimităţii şi secretului personal, la care au acces doar persoanele apropiate sufleteşte; şi, uneori, nici acestea. Din această zonă, în care subiectul se află, în cel mai adânc sens al termenului, în raport intim cu sine însuşi, eclozează spontaneitatea originală a persoanei, creativitatea sa, care iniţial ţine de aria secretului intim. Iar la un alt pol, se diferenţiază şi se manifestă o zonă a manifestărilor şi expunerii publice, accesibilă şi persoanelor aflate la distanţe psihologice mai mari; sau chiar celor ce sunt indiferente pentru subiect. În acest ultim teritoriu, subiectul îşi poate pune diverse măşti sociale, exersându-şi disponibilităţile de existenţă duplicitară, cărora le poate cădea pradă sau pe care le poate depăşi sintetic asertiv. Sau, poate deveni o „temă" de preocupare pentru alţii.

Un alt aspect al spaţialităţii psihice îl constituie **aşezarea persoanei în anumite poziţionări atitudinale**. Pentru a se raporta la alţii (şi la lume în general), subiectul are nevoie de o bună aşezare, de o „înrădăcinare fermă" pe un „teren sigur", având suficiente „puncte de sprijin". Metaforele amintite se cer luate în serios, ca referindu-se la realităţi antropologice importante. De obicei,

această bună şi fermă aşezare rezultă din identitatea subiectului, corelată cu biografia, cu durata sa; şi din înrădăcinarea sa într-o familie, într-un clan, în tradiţia unei comunităţi. Buna aşezare în lumea umană implică suficiente relaţii apropiate, „de încredere", care-i „asigură subiectului spatele" şi-i permit verticalitatea, forţa de a sta drept şi a manevra raţional şi eficient (degajat) raportările sociale în contextul evenimentelor. În acest sens, un mare rol îl are reţeaua socială proximă („reţeaua de suport social"). Aşezarea (înrădăcinarea) asigurată a subiectului, în lumea sa umană, este trăită – conştient şi neconştient – atât situaţional, de-a lungul unor perioade de viaţă, cât şi structural, caracterial. Trăirea presupune şi o evaluare a propriei persoane, a celuilalt (celorlalţi) şi în general a lumii umane, la care acesta se raportează.[32] În condiţii fireşti, subiectul bine „înrădăcinat" ia cu uşurinţă anumite „poziţii atitudinale" care se referă la persoane aflate la diverse distanţe psihologice. Sunt favorizate procesele de cooperare şi cele de competiţie. Situaţia înrădăcinării poate fi comentată şi dintr-o perspectivă mai specială care, metaforic, s-ar exprima prin „înrădăcinarea în sine". Aceasta ţine, pe de o parte, de reflexivitatea constitutivă a persoanei conştiente, iar pe de altă parte, de introjectarea în psihismul subiectului a imagourilor altor persoane, proces care începe cu relaţia de ataşament, comentată în paragraful privitor la psihopatologia developmentală. Înrădăcinarea în sine se realizează, de fapt, prin propria biografie, identitate şi durată. Modalitatea în care e realizată înrădăcinarea, aşezarea, poziţionarea subiectului, poate condiţiona procesul de apropiere, ţinere la distanţă sau îndepărtare a altuia. Aceste poziţionări atitudinale pot fi înscrise şi în structura caracterială sub forma „schematelor cognitive"[33] sedimentate ca expresie a experienţei biografice. Anxietatea, suspiciunea, încrederea în alţii şi în sine, curajul, tendinţa de dominare sau de a se simţi valorizat de alţii, se corelează cu „poziţionările atitudinale" (şi cu schematele cognitive).

Un subiect bine aşezat în lume, sigur şi încrezător în sine, se manifestă printr-o anumită „ţinută" în lumea sa interpersonal umană.

---

[32] Aspectele bunei înrădăcinări a persoanei (în lume şi în sine), comentate mai sus, se articulează cu „prima motivaţie fundamental existenţială" din doctrina lui Längle (paragraful 4.3.2. – 8). Aceasta însă nu poate fi cantonată la o perturbare a „spaţialităţii" psihismului persoanei, deoarece are un sens mai larg antropologic. Totuşi, credem că cele comentate în capitolul de faţă, în ansamblu sunt utile şi pentru dezvoltarea „analizei personal existenţiale".

[33] A se vedea paragraful 4.3.2.

Notă. Identitatea unei persoane conştiente, centrată de eul său subiectiv – bazată pe o specifică spaţio-temporalitate antropologică – prezintă variaţii în cadrul existenţei umane, acceptată ca normală. Astfel, identitatea se află în mignoranţă sau tinde spre anulare în împrejurări, precum: – fuziunea interpersonală a dragostei „acute" (când partenerii „ard în jocul dragostei"); în trăirea extazului estetic sau mistic, context în care subiectul fuzionează cu „ceva" (cu un fel de realitate), ce îl absoarbe într-o zonă în depersonalizare şi o ipostază aparte a identităţii pentru persoanele ce se roagă sau se află în extaz mistic real; – fuziunea în cadrul unei eclesii, cu ocazia unei slujbe religioase, situaţia angrenării circumstanţiale în evenimentul unei „psihologii a maselor" etc. În toate cazurile menţionate e vorba de o denivelare a personalităţii, cu plasarea sa într-o ipostază specială a identităţii subiectului, printr-o transgresare spre o tematică recunoscută ca validă în universul antroposului, în zonele supraindividuale ale acestuia. Fapt ce susţine, direct sau indirect, solidaritatea umană, fie ea superficială sau profundă, în contrast cu izolarea alienantă prelungită din tulburarea sau boala psihică.

5.3. Relaţiile subiectului conştient cu celălalt, cu ceilalţi

Orice persoană conştientă se raportează în permanenţă la sine, la altul, la alţii, în cadrul participării lor la viaţa unei comunităţi culturale determinate. Desigur, aceste relaţii se structurează pe fundalul raportării de ansamblu a subiectului şi comunităţii respective la lumea lor corelativă. Iar în interiorul comunităţii umane din care subiectul face parte – şi care are la rândul său diverse grade de generalitate – EL se raportează, de fapt, în diverse modalităţi şi intensităţi, la un număr delimitat de persoane (fapt ce variază în timp) şi care structurează reţeaua sa socială şi nişa sa ecologică umană.

Se cere diferenţiat între contact, relaţie şi legătură interpersonal-socială. Contactul se referă la raportarea subiectului la alt om ca atare, la o altă realitate exterioară ce e recunoscută ca fiinţă umană şi cu care se poate intra într-o comunicare specifică. Contactul vizează un nivel superficial al implicării subiectivităţii conştiente intime, nucleare, polarizată în raport cu zona de manifestare publică a persoanei. Un subiect poate avea zilnic contacte de diverse feluri, cu o multitudine de oameni, cu care nu se va mai relaţiona ulterior, niciodată, după rezolvarea problemelor ce l-au făcut să interacţioneze circumstanţial. Capacitatea de a realiza contacte cu alţii reprezintă sociabilitatea. Aceasta poate fi o trăsătură tipologico-caracterială. Este de menţionat şi situaţia în care, în perspectivă developmentală, cogniţia socială – deci capacitatea de a recunoaşte în

percepţie o realitate ca fiind o figură umană ce exprimă şi intenţionează ceva uman – este de la început blocată, ca în autismul infantil.[34] Sociabilitatea poate creşte episodic în manie, poate scădea în depresie, fobie socială, paranoidie. Relaţia socială se referă la un contact repetat, relativ constant cu alţii, dublat de comunicare, cunoaştere reciprocă şi un mod specific de raportare, de obicei de tip cooperativ; dar, uneori, şi competitiv sau de confruntare. Persoana se află la o distanţă psihologică medie, într-o poziţie „oficială", lipsind apropierea intimităţii. În cadrul relaţiei se manifestă de obicei respectul şi stima faţă de celălalt; dar şi atitudini negative, precum desconsiderarea sau dispreţul. Relaţia se manifestă mai ales cu ocazia exercitării unor roluri sociale, în special cele instructiv profesionale. Dar există şi relaţii cu vecinii, cu unele „cunoştinţe" – care câteodată fac parte din ciclul social al vieţii personale. Între membrii unei familii, raportarea poate fi – pentru unii din ei – de tipul relaţiei, păstrându-se astfel o anumită distanţă psihologică afectivă; faptul apare evident în relaţia ambivalentă între soţi sau alţi membri ai familiei, când ura, comportamentul agresiv, de îndepărtare sau lezare a celuilalt, alternează cu perioade de bună colaborare şi tandreţe (deşi, în unele din aceste cazuri poate fi vorba de o legătură interpersonală mai profundă). Legătura dintre persoane presupune în plus, faţă de relaţie, o interpătrundere afectivă, o reprezentare şi asimilare parţială a celuilalt în propriul psihism, astfel încât ceea ce i se întâmplă acestuia îl afectează şi pe subiect, ambii „rezonând" afectiv, reciproc. Persoanele ce se află în legătură afectiv-psihic-socială îşi confesează intimităţile şi secretele personale şi ţin – sunt profund ataşaţi – unul faţă de altul. Este vorba, în principiu, de afecţiune, prietenie, dragoste. **Dragostea** este un fenomen uman nuclear, un element definitoriu pentru raportările interpersonale; ea nu poate fi explicată în esenţa sa şi nici înţeleasă, ci doar constatată şi dezvăluită fenomenologic, la fel ca celelalte elemente constitutive ale individului uman.

Contactul, relaţia şi legătura interpersonală implică în mod diferit spaţio-temporalitatea subiectului. Celălalt se va plasa pe una din „distanţele" psihic-afective, ce au fost numerotate între 0 şi 5, în paragraful anterior. Prin procesul de apropiere şi îndepărtare, distanţele pot fi modificate. Acesta se cere înţeles ca direcţionat biunivoc, deoarece e vorba de o **interrelaţie** între persoane, mişcarea, într-o direcţie sau alta, putând fi iniţiată de ambii parteneri, în sens convergent sau divergent. Întreg procesul se bazează şi pe faptul că, fiecare subiect

[34] A se vedea paragraful 4.3.2.

are în interioritatea sa un topos al asimilării, introjectării celuilalt, parte dintr-o structură relaţională intrapsihică complexă. Poziţia 0, cea a interpătrunderii reciproce, se realizează prin activarea acestei instanţe de către un altul. În raport cu un „celălalt", relaţionat şi asimilat în modalitatea de legătură sufletească, subiectul poate resimţi nu doar simpatie şi dragoste, ci şi ambivalenţă sau ură. Modurile raportării faţă de „altul – alţii" se cer precizate şi într-o perspectivă temporală. În principiu sunt posibile următoarele ipostaze: – situaţia circumstanţială strict determinată prin conjunctură şi, deci, delimitată temporal, scurt; – situaţia prelungită a unui proces existenţial dramatic, sau a încadrării într-un ciclu existenţial[35]; – situaţia prelungită a unei coexistenţe în care raportul apare ca şi constant, pentru o perioadă îndelungată de timp, fără un final previzibil; această eventualitate se înscrie destul de profund în structura caracterială a persoanei. Ultimele situaţii menţionate se referă mai mult la relaţii sau legături.

Modalitatea raportărilor interpersonale poate fi variată, unele forme fiind concomitent prezente, în raport cu o anumită persoană. Menţionăm: raportarea de susţinere, de sprijin, grija (în variate înţelesuri ale termenului), cooperarea (ce presupune toleranţa, înţelegerea reciprocă, coordonarea acţiunilor, camaraderia), competiţia, confruntarea în situaţia opoziţiei (de luptă a unuia împotriva celuilalt), dominarea, şi supunerea, indiferenţa etc. În desfăşurarea acestor modalităţi relaţionale intervin diverse strategii, sunt implicate atitudini, evaluări şi stări afective tranzitive, specifice. Toate modalităţile menţionate pot avea şi variante anormale, patologice, atât circumstanţiale, cât şi structurale (reamintim că nucleul ce caracterizează un tip de personalitate anormal-patologică se referă tocmai la maniera sa constantă de a se raporta la altul, la alţii).

Raportarea interpersonală, mai ales în varianta contactului, dar şi în cea a relaţiei, poate să se manifeste cu un accent crescut, pus pe modul de apariţie, care să atragă atenţia şi să impresioneze pe alţii. Toate felurile de raportare presupun comunicarea, extraverbal-expresivă, verbală sau realizată prin diverse coduri semiotice. Manifestarea expresivă „în situaţie" este, de obicei, spontană fiind prezentă în cele mai autentice trăiri ale subiectului. Uneori, acesta chiar evită deliberat prezenţa în faţa altora, pentru a nu se remarca trăirile sale deosebite, ale căror expresivitate nu este motivat să le inhibe sau să le schimbe. În alte împrejurări însă, expresivitatea ce impresionează pe alţii poate să convină subiectului, care o montează şi o „joacă" (în sens de hiperexpresivitate „teatrală") în mod deliberat.

[35] A se vedea schema din paragraful 3.2. privitoare la ciclul familial.

Acesta este un aspect al duplicităţii existenţei omeneşti. În psihopatologie întâlnim hiperexpresivitatea ce impresionează pe alţii – realizată prin manifestări corporale sau discurs situaţional colorat şi confabulat – în cazul histrionismului caracterial şi a patologiei psihice care a fost tradiţional etichetată ca histerică.

În derularea raportărilor, un rol important îl joacă evaluarea, judecarea evaluativă. Aceasta se referă în egală măsură la sine şi la celălalt, ceilalţi; şi în plus la faptul că subiectul evaluează, într-un anumit mod, felul în care consideră că este evaluat de către alţii. (În perspectivă structurală, relaţionarea şi poziţionarea interpretativ-evaluativă interioară sunt reprezentate de schematele cognitive, prezentate în paragraful 4.3.1.–5).

O modalitate specială a relaţiei cu ceilalţi apare atunci când aceştia apar subiectului dintr-o perspectivă care le depăşeşte individualitatea şi se afirmă sub forma unei comunităţi a „noi-tăţii" („wirheit" în germană) (149). Subiectul se poate raporta integrându-se în această comuniune a comunităţii supraindividuale până la a-şi estompa sau chiar pierde identitatea cu sine, individualitatea, pentru perioade scurte sau prelungite. Un exemplu ar fi participarea la ritualurile unei eclesii bisericeşti, (alte exemple au fost menţionate în nota ce a încheiat paragraful anterior). Merită menţionat că această instanţă suprapersonală a „noi-tăţii" sau a comunităţii supra-personale mai mult sau mai puţin generală (şi abstractă), e şi ea reprezentată în interioritatea structurii psihismului conştient, la fel cum e reprezentată instanţa celuilalt, a „celorlalţi".

Tot o raportare specială e cea dintre subiectul conştient şi reprezentările de tip personal pe care le vehiculează logosul; aşa cum sunt eroii de poveste; de istorisire, de roman. Subiectul se poate, parţial, identifica şi cu fiinţe ideale, le poate lua ca model, le poate asimila în cursul forjării propriei identităţi. De fapt, toate relaţiile interpersonal sociale articulează subiectul de existenţa practico-teoretică şi cultural-spirituală a comunităţii umane.

În sfârşit, un aspect cu totul special este **relaţia etică**.[36] În acest caz, „celălalt" (152) apare pentru persoana conştientă integră, în marginea transcendenţei, ca fiind cu totul altul şi independent în raport cu subiectul; şi totuşi, raportându-se faţă de acesta, ca o persoană ce sintetizează nu doar toate caracteristicile unui individ uman, ci cu o valoare generică, reprezentativă pentru ansamblul persoanelor, pentru ceea ce e esenţial uman. În această ipostază, el este din principiu stimat şi respectat (ca fiinţă-umană – „în sine") fiind depăşită

[36] Raportarea etică o vom rezuma în consonanţă cu viziunea lui Levinas (152)

facticitatea interrelaţiilor uzuale, în cadrul cărora, oamenii devin, inevitabil, şi mijloace – mai mult sau mai puţin manipulate – pentru atingerea scopurilor personale. Şi la fel, fiind depăşită situaţia în care „celălalt" este „tematizat". Modalitatea de raportare se derulează acum sub semnul valorii de bine, constând din grijă, sprijin, susţinere a celuilalt – aflat sau nu în dificultate – pentru ca acesta să se poată realiza cu sens valoric pozitiv. Se manifestă astfel „bunătatea" persoanei în vederea realizării binelui pentru celălalt (la acest nivel contează nu doar a fi „cu celălalt", ci a fi „pentru el"). În variantă negativă, raportarea etică constă din atitudinea şi acţiunea ce au drept consecinţe ceva marcat de valoarea de rău pentru altul: ne-ajutor, abuz, lezarea aspectelor fizice şi psihice ale persoanei sale, lezarea stimei de sine, a bunurilor ce-i aparţin. Dar şi indiferenţa faţă de celălalt. Afectivitatea tranzitivă a dragostei e posibilă în contextul relaţiei etice, dar nu e definitorie pentru aceasta. Relaţia etică situaţională se articulează cu aspectul structural-caracterial al virtuţilor, pentru a defini profilul moral al persoanei.

Raportarea menţionată stă la baza acţiunii etice care este urmată de o judecare evaluativă, ce califică actul personal pe o diagramă între bine şi rău. De aceea, raportarea etică este de la început dimensionată prin responsabilitate şi discernământ, prin evaluarea consecinţelor propriului act pentru alţii şi pentru sine; ceea ce implică manifestarea responsabilităţii şi a culpei. Subiectul poate trăi ruşinea, mustrarea de conştiinţă, sau sentimentul pozitiv al împlinirii unei datorii morale. Prin judecarea morală sunt evaluaţi etic, însă, şi alţii, acţiunile altora. Atitudinea şi actul etic se referă şi la urmărirea împlinirii de sine, în direcţia valorii transcendente de bine, a fericirii proprii. Orientarea etică în raport cu propria persoană şi persoana celuilalt (celorlalţi) se cere a fi în echilibru.

La acest nivel a fost comentată doar relaţia etică responsabilă ce se consumă direct între persoane. Ea poate avea şi o expandare socială mai mare, implicând rolul şi statutul social al persoanei, intersectându-se cu diverse practici umane, în special cu juridicul, politicul, cu practicile şi normele religiilor (dar şi cu medicina, educaţia etc.). În acest caz, şi responsabilitatea etică se distribuie, îndepărtându-se treptat de nucleul central al eticului. Din perspectivă psihologică, sentimentul de responsabilitate–vinovăţie este supus unor „prelucrări", „manipulări" sau decizii libere, chiar la nivel intrapsihic. Acestea sunt parţial conştiente, parţial inconştiente. Esenţialul acestui demers constă din tendinţa de a „disculpabiliza" subiectul în raport cu intenţiile şi acţiunile întreprinse, fapt

ce se realizează atât prin procese intrapsihice, cât şi prin procese de proiecţie şi inserţie în instanţele sociale, fapt care conduce tocmai la de-personalizare şi la distribuţia (divizarea între diverşi factori ai comunităţii) responsabilităţii şi culpabilităţii.

Figura XXIV. Mecanisme de activare şi dezactivare pentru auto-sancţiunile morale (după Bandura)

Contactul, relaţia şi legătura sufletească se derulează firesc în cadrul normalităţii existenţei oamenilor, a fiinţelor conştiente, integrate natural în instanţa umană a logosului şi spiritualităţii. Prin însăşi specificul antropologic, aceste raportări pot fi mai nemijlocite sau mai mediate. Un om, pe care îl cunoşti direct, de care te îndrăgosteşti, cu care te căsătoreşti şi trăieşti împreună, se află în altă ipostază decât cea a eroului de poveste, de film, de roman, deci cea a unui erou ideal care are doar consistenţă tematică (şi, desigur, valorică), dar nu şi consistenţă bio-fizico-antropologică şi afectivă nemijlocită. Se cere subliniat că, persoanele cu care un subiect se află în relaţii intime sau apropiate nemijlocite conţin şi consistenţă tematică antropologică; dar, doar ca un implicat al realităţii existenţei lor în relaţia cu subiectul. În psihopatologie întâlnim situaţii în care nemijlocitul relaţiei bogate sufleteşte dintre persoane se estompează, iar subiectul, ce alunecă spre deviantă, tinde să aibă în vedere pe celălalt (ceilalţi), tot mai mult ca pe ceva impersonal, ca persoane-tematice, ca „ei", care reprezintă „ceva": o instituţie, o instanţă etc., şi care nu au realitatea nemijlocirii. Acest

fapt se petrece, evident, în cazul delirului, când celălalt (ceilalţi) devin subiecţi depersonalizaţi, teme ale unei instanţe supraindividuale, derivate din logos, care sunt prezenţi în conştiinţa deficitară şi distorsionată a subiectului bolnav psihic, doar într-o modalitate abstractă (în sensul ideii lui Hegel „de a cădea" din concret în abstract). Într-o altă modalitate, această raportare, la celălalt redusă la aspectul tematic, o întâlnim la persoanele dizarmonic psihopate, caracterizate în esenţă prin amoralitate.

Modificări ale sociabilităţii întâlnim în stări psihopatologice ca cele ale depresiei şi schizofreniei („negative"). Dificultăţi şi probleme ale relaţiei sunt evidente în patologia fobică (=fobia socială) şi în marginea delirului (situaţia paradelirantă a „relaţiei senzitive"). Modificări ale legăturii afective întâlnim cel mai pregnant în schizofrenie, unde se poate constata o „pustiire afectivă" (în direcţia afectivităţii tranzitive); dar ea e prezentă şi în depresie. O perturbare în sensul „neautenticităţii" relaţiilor personale întâlnim în tot universul nevrozelor, în cadrul cărora se evidenţiază o regresie afectivo-relaţională, condiţionată în mare măsură de vulnerabilitatea de fond, care constă într-o „imaturitate afectiv-relaţională" mascată, compensată sau supracompensată; situaţia de dependenţă-faţă-de-altul, în care între cel care ajunge în starea nevrotică, este o modalitate abnormă şi deficitară a relaţionării umane, în toate instanţele sale. Cum este de altfel, în mod central, nuclear şi situaţia personalităţilor „dizarmonic–psihopate". Nevroticul este orientat spre sentimentele morale de ruşine şi culpă, iar psihopatul spre indiferenţa faţă de aceste trăiri, cultivând de multe ori deliberat duplicitatea egosintonă. Dar, în realitate, situaţiile pot fi mai complexe, la o persoană dată, putându-se cantona şi coexista ambele atitudini, cu variate accente.

5.4. Cunoaşterea lumii, lumea personală

Într-un anumit moment al existenţei sale biografice, subiectul are acumulată o cunoaştere anume a lumii. Aceasta se bazează pe funcţionarea structurilor cognitive a psihismului individual (constând din atenţie, percepţie, memorie, reprezentare, imaginare, gândire, judecată, toate cuprinse în structura de fond a inteligenţei) şi care derivă din experienţele personale, din învăţarea spontană, din influenţele instructiv educative, din asimilările cognitive obţinute activ de către subiect, prin intermediul diverselor coduri semiotice umane, dintre care

pe prim loc se plasează limbajul natural, în sensul său expresiv, comunicativ şi asertiv-critic (în sensul lui Popper), vorbit, scris sau vehiculat prin diverse mijloace mas-media. Din cunoştinţele persoanei fac parte şi o serie de abilităţi pragmatice, precum şi normele deontice, specifice lumii sale umane corelative, prin care se specifică ceea ce e permis, interzis, şi obligatoriu. Cunoştinţele pragmatice şi deontice sunt doar indirect elemente ale cunoaşterii lumii, deoarece ele asigură, de fapt, posibilitatea de acţiune, performanţa adecvată şi normativă a subiectului în nişa sa ecologică umană (înţeleasă în sens restrâns sau lărgit). Din cunoaşterea lumii, considerată în ansamblu, face parte şi cunoaşterea altor persoane; şi, nu în ultimul rând, cunoaşterea de sine. Lumea cunoscută de persoana conştientă este centrată de „sine", de eul conştient-reflexiv, aflată într-o permanentă intersecţie şi schimb informaţional cu „lumile" pe care le centrează celelalte persoane aflate în proximitate, sau la diverse distanţe psihologice (dar făcând toate parte dintr-un univers uman comun). Toate aceste persoane au cunoştinţe variate, dar „normale" (şi deci normative) despre lume în raport cu nişa ecologică umană în care trăiesc. Şi, în genere, cu ansamblul cunoaşterii şi concepţiei dominante despre lumea socio-culturii în care toate aceste persoane sunt inserate.

Cunoştinţele despre lume ale unui om pot fi considerate ca fiind articulate sub forma unei „teorii ştiinţifice". Sau, mai bine zis, structurate într-un set interconectat şi ierarhizat de astfel de teorii, centrate de respectivul subiect cunoscător. Noile informaţii sau experienţe întăresc sau pun sub semnul întrebării unele din aceste teorii; sau întregi câmpuri ale ansamblului teoretic al cunoaşterii persoanei. Pe această cale, cunoaşterea subiectului se reorganizează periodic. Ea se cere a fi în permanenţă adecvată şi integrată, într-un suficient de mare grad, cu universul teoretic de cunoaştere a celorlalţi membri ai nişei ecologice umane şi a contextului socio-cultural din care el face parte. Căci altfel, comunicarea şi comuniunea comunitară devin problematice sau imposibile. Persoana delirantă nu-şi mai integrează propria sa teorie asupra lumii cu cea a celorlalţi, fiind absorbită de un conţinut aberant. Prin aceasta, ea este marginalizată, subiectul devenind mai mult sau mai puţin un „alienat mintal". La fel, schizofrenul dezorganizat, a cărui cunoaştere şi reprezentare a lumii este distorsionată în multiple aspecte formale.

Setul interconectat şi integrat al cunoaşterii teoretice, a unui subiect conştient, este structurat de liniile de forţă ale unor opinii şi convingeri, puncte de vedere şi credinţe, astfel încât el constituie o cunoaştere ordonată şi organizată a lumii. Persoana reflexivă centrează prin identitatea eului său, prin sinele

său, prin axul convingerilor şi credinţelor sale, un cosmos, în cadrul căruia se defineşte pentru propriul subiect, şi pentru alţii, poziţionarea sa în lumea sa corelativă. Geneza propriilor opinii, convingeri şi credinţe ale acestei structuri axiale, ce ordonează cunoaşterea proprie a lumii, este un proces complex care presupune asimilarea punctelor de vedere comunitare, în urma informării, confruntării, argumentării şi a dezbaterii publice avute cu alţii, în zona publică, în universul socio-cultural accesibil. Dar, la constituirea sa participă şi propriile intuiţii şi judecări argumentativ-critice, inclusiv judecăţile de valoare personale. Acest proces se derulează firesc atunci când se menţine constant deschisă capacitatea de receptare şi înţelegere de interpretare, dialog şi argumentare în raport cu ceilalţi. Dar dincolo de toate aceste interacţiuni şi condiţionări, există, pentru fiecare persoană umană, o instanţă proprie şi specifică, prin care se instituie evidenţa, certitudinea, credinţa. Această instanţă poate fi descoperită printr-un proces de îndoială metodică şi de construcţie (aşa cum procedează Husserl, pe urmele lui Descartes şi a scepticilor antici). O astfel de „descoperire" a evidenţelor şi convigerilor, realizată mai mult sau mai puţin metodic sau spontan nu face decât să ne conducă la concluzia că ea constituie o instanţă, un element structural specific conştiinţei (persoanei conştiente). Acest aspect al fiinţării persoanei umane este evidentă în lumea vieţii de zi cu zi, pe care o poate descoperi „psihologia populară" la toţi oamenii obişnuiţi. Iar faptul că, pentru unele persoane nu există evidenţe, certitudini, credinţe – fapt posibil şi în normalitate şi în psihopatologie – nu face decât să arate o altă faţetă, negativă, a acestei instanţe structurale definitorii. La fel ca pentru alte elemente constitutive similare, nu se pune problema nici de a explica, nici de a înţelege fenomenul evidenţei, certitudinii, credinţei, ci de a-l constata, ca atare, ca nod al unei reţele structurant-definitorii a persoanei conştiente (ca un echivalent de „existenţial" în sens heideggerian).

Pentru fiecare om, individual, lumea (în înţelesul uzual al conceptului) este cunoscută ca fiind centrată de sine şi orientată după liniile de forţă ce asigură, nu doar o reprezentare, ci o concepţie asupra universului („Weltanschaung") mai mult sau mai puţin articulată şi similară cu a celor apropiaţi şi a comunităţii umane din care subiectul face parte.

Din cadrul cunoaşterii lumii face parte şi cunoaşterea de sine. Aceasta este posibilă prin memorie, prin rememorare deliberată, spontană şi provocată. Ea este parţial conştientă, parţial preconştientă sau inconştientă (după mecanismul refulării, în primul rând). Cunoaşterea de sine progresează, de obicei, o dată cu parcurgerea ciclurilor vieţii, cu împlinirea propriei biografii. Cunoaşterea

de sine e filtrată de auto-evaluare interpretativă şi susţine stima de sine. Părerea, opinia sau convingerea subiectului, privitoare la caracteristicile valorice ale propriei persoane, se înscriu ca o parte componentă a „schematelor cognitive", prin intermediul cărora se organizează relaţionarea sa cu ceilalţi şi cu lumea umană, în general. Cunoaşterea de sine e afirmată în viaţa cotidiană, implicit sau explicit, sub formă de afirmaţii, cultivare deliberată a unor valori, practicarea unor comparaţii, relatări biografice. Ansamblul acestei cunoaşteri se înscrie în fondul autobiografic potenţial şi în autobiografiile parţiale sau cu intenţie totalizatoare, pe care subiectul le expune, mai mult sau mai puţin public, în diverse circumstanţe şi utilizând variate tehnologii ale logosului. În sfârşit, cunoaşterea de sine – care facilitează autocontrolul şi autonomia persoanei în perspectiva libertăţii şi metamorfozei creatoare de sine şi de lume – este un obiectiv prioritar al oricărei psihoterapii.

5.5. Intenţionalitatea în perspectivă fenomenologică şi cognitivistă

Fenomenologia lui Husserl şi cognitivismul contemporan – ambele cu importante răsunete în psihopatologie – au cultivat, în mod aparent ciudat, un termen comun şi anume, cel de intenţionalitate. Cu toate că bazele de pornire, metodologiile şi chiar obiectivele celor două doctrine sunt net distincte, opiniem pentru o interpretare în care ele să fie considerate şi înţelese ca într-o posibilă articulare şi complementaritate. Am sugerat deja că interpretările şi descrierile realizate prin metoda fenomenologică să fie preluate ca teme de rezolvat (ca o provocare) pentru cognitivismul logico-matematizant, căutându-se punţi de legătură şi limitele până la care interpătrunderea e posibilă, cu sau fără elaborarea unor noi metodologii sau metateorii.

Atât fenomenologia husserliană, cât şi cognitivismul au un nivel de ancorare în existenţa firească, cotidiană a oamenilor, în „psihologia populară", cea sesizată şi avută în vedere în cursul vieţii obişnuite, în „lumea vieţii" proprie tuturor (Lebenswelt). Şi la fel, ambele urcă până la un nivel metodologic filosofic. Prin îndoială metodică şi reducţie fenomenologică (epoché), Husserl ajunge până la un nivel pe care-l consideră ultim şi cert pentru conştiinţă, adică la egoul şi subiectivitatea transcedentală. Iar cognitivismul face apel, pentru funda-

mentarea sa, la o instanţă logico-matematică, coborând de aici până la poziţionări şi formulări filosofice, ce pot fi plasate în marginea cercului transcendentalo-transcendent al antroposului. De asemenea, ambele doctrine consideră că, între planul fundamentelor şi cel al existenţei curente, poate fi dezvoltată o psihologie – deci şi o psihopatologie – care se bazează pe fundamentarea doctrinară respectivă şi pe experienţe derivate din cunoaştere, analiza trăirilor şi observaţiei experienţiale controlate şi interpretate. După părerea noastră, intenţionalitatea, pe care o cultivă cognitivismul, îşi are sorgintea în teleologia lui Aristotel. Cea a lui Husserl se revendică, prin contrast, explicit de la doctrina lui Descartes, care sintetizează o serie de elaborări ale gândirii medievale (a se vedea doctrina lui Brentano, din care Husserl se inspiră privitor la intenţionalitate), punând accentul pe semnificaţia şi sensul ce se relevă subiectivităţii conştiinţei.

Pentru fenomenologi, intenţionalitatea se referă la o dimensiune fundamentată a conştiinţei – a eului-subiectiv – şi anume aceea de a „viza" într-o manieră anume (=aspectul „noetic"), o anumită arie a lumii ce-i vine în întâmpinare (în manieră „noematică"), constituindu-se realitatea propriu-zisă, în sensul de conţinut al conştiinţei. Conform celebrei formulări a lui Husserl: „conştiinţa este totdeauna **conştiinţa a ceva**". Prin analiză fenomenologică s-ar putea descifra structurile fundamentale ale relaţiei noetico-noematice, liniile de forţă esenţiale ale conştiinţei intenţionale (transcedentale). Vizarea intenţională a conştiinţei pe lângă zona sa principală care e reflexivă, are şi un nivel de inserţie într-o instanţă a „cogito-ului pre-reflexiv". Pe de altă parte, prin vizarea intenţională, lumea e „tematizată", temele respective fiind incluse în suprastructuri semnificante şi în orizonturi succesive de sens. Tot prin această vizare intenţională se pot sesiza şi aspectele esenţiale ale datelor lumii, printr-un proces specific de intuire a acestora (Wesenschau).

Subiectul intenţional sesizează – (percepe) – realităţi într-o lume care este, pentru el, exterioară dar şi corelativă. În fenomenologia tradiţională – Husserl, Heidegger – „transcendenţa" lumii aproape că se epuizează în corelaţia noetico-noematică, astfel încât nu mai e vorba de un subiect ce se află în faţa unui „obiect" exterior. În ultima perioadă a gândirii sale, Husserl a ridicat problema „alterităţii", adică a posibilităţii fundamentării existenţei „celuilalt" în raport cu certitudinea existenţei egoului cogitant transcedental. Părintele fenomenologiei moderne a elaborat o explicitare a existenţei altor „egouri subiective", prin constituirea unei instanţe a „intersubiectivităţii transcedentale", ce ar sta în spatele praxisului uman, inclusiv a „practicii teoretice", cea care conduce la realizarea şi metamorfoza teoriilor ştiinţifice.

Fenomenologia pune accentul pe specificul uman al conştiinţei reflexive, ce are ca punct de plecare trăirile conştiente ale persoanei; şi astfel, ne permite să înţelegem mai bine o serie de trăiri subiective din psihopatologie; iar prin descifrarea unor structuri fundamentale ale conştiinţei, reprezintă un ghid în înţelegerea şi interpretarea acestor perturbări. Ea nu acordă însă suficientă importanţă derulării acţiunii eficiente, pragmaticii limbajului uman şi nici bazelor logico-matematice şi biologic cerebrale din psihologia persoanei umane conştiente. De aceea, orientarea cognitivistă ni se pare a fi un complementar binevenit.

Fenomenologia husserliană nu ignoră situaţia intersubiectivă şi faptul că un eu conştient, prin manifestarea sa, este expresiv şi comunicant pentru altul. Dar e vorba, în primă instanţă, de o expresivitate şi comunicare „personală", care spune „ceva" despre subiectul în cauză. Acţiunile impersonale „de tip obiectiv" presupun instanţa inter-subiectivităţii care „tematizează" şi stă în spatele teoriilor ştiinţifice. Şi aceasta, chiar dacă Husserl consideră că fundamentele logicii pot fi deduse din (sau se articulează cu) poziţionările tetice ale cogitoului (prereflexiv şi reflexiv).[37] Nivelul expresivităţii comunicante personalizate – care stă la baza faptului de a apărea pentru altul, altii în mod nemijlocit – se poate intersecta cu cel al pragmaticii „jocurilor de limbaj", care, în esenţă, derivă din intenţionalitatea cognitivistă.

Cognitivismul modern s-a dezvoltat, aşa cum deja s-a menţionat, în urma unor progrese substanţiale obţinute de matematică, prin apariţia unor noi domenii ştiinţifice ca teoria informaticii, cibernetica, teoria sistemelor, a modelării semiotice şi diverse teorii lingvistice, teoria teoriilor ştiinţifice, prin progresele în elaborarea Inteligenţelor Artificiale şi a sistemelor cognitive cu autoreglare şi auto-organizare, a creşterii semnificative a cunoaşterii în domeniul ştiinţelor creierului şi a etologiei. În cadrul cognitivismului, intenţionalitatea este înţeleasă, în primul rând, din perspectiva rezolvării eficiente a problemelor teoretice şi practice, inclusiv cele comunicaţionale; adică exact domeniul în care fenomenologia e puţin productivă. Bazându-se, în principiu, pe ştiinţele pozitive şi pe matematică, cognitivismul urcă înspre psihismul uman dinspre biologie. El se concentrează asupra funcţionării creierului uman în care capacităţile de operare, cu informaţiile şi cunoaşterea înnăscută şi dobândită, concură la reprezentarea lumii (şi la cunoaşterea de sine) la formularea de obiective de acţiune

[37] A se vedea bibliografia 128 e.

şi la atingerea acestora în scopul prezervării, a creşterii şi complexificării propriului sistem. Este avută în vedere utilizarea şi prelucrarea informaţiilor prin comunicare şi acţiune autoreglată. Studierea limbajului uman e încorporat în acest program de studiu, în perspectiva sa sintactică, semantică şi pragmatică. La fel, cunoaşterea lumii de către individ – de către creierul său – apare ca organizată după modelul teoriei ştiinţifice. Legătura între motivaţie, cunoaştere, intenţia de act şi actul efectiv este şi ea abordată din perspectiva intenţionalităţii. Problemele teoretico-filosofice în faţa cărora cognitivismul filosofic se opreşte (sau progresează lent) sunt cele specifice psihismului uman, adică, sinele (eul) reflexiv-conştient, subiectivitatea, cunoaşterea de sine, judecata de valoare, conştiinţa, personalitatea. Trebuie precizat că psihologia şi psihoterapia cognitivistă încearcă să abordeze frontal aceste probleme, chiar în articulaţie cu doctrina psihanalitică şi alte doctrine psihologico-psihopatologice, mai puţin cea fenomenologică.

Polarizarea între intenţionalitatea înţeleasă fenomenologic şi cognitivist poate fi comparată, până la un punct, cu distincţia pe care o făcea Jaspers, în Psihopatologia generală (1911), între trăirile resimţite subiectiv-conştient – interpretabile comprehensibil – şi manifestările expresiv-comportamentale (interpretabile „explicativ"). Distanţa este mare nu doar datorită complexificării metodologiilor şi tehnicilor de înregistrare şi interpretare ce au progresat enorm, ci în principiu. Ceea ce aduce în lumină Jaspers, este o constatare şi nu un proiect de studiu, situaţie în care ne aflăm acum. Iar problematica articulării dintre cele două perspective este şi ea în continuu progres.

5.6. Acţiune, comunicare, gândire, judecare

Persoana conştientă e caracterizată prin intenţionalitate, într-un sens dublu şi complementar, aşa cum s-a comentat în paragraful precedent: a) într-un sens al vizării atingerii unor scopuri, fapt propriu şi biologiei, şi comentat de psihologia şi filosofia cognistivistă; b) vizarea intenţională a lumii sinelui şi celorlalţi ca o caracteristică a conştiinţei ce surprinde şi descifrează semnificaţii şi sensuri, neignorând acţiunea, dar lăsând-o în plan secund, supusă mereu semnificaţiilor sale. La un nivel suplimentar al acestui al doilea sens, se plasează expresivitatea comunicantă intenţională, ce se bazează de obicei pe manifestarea în aparţie a propriei corporalităţi, dar se extinde şi în zona comunicării în planul

logosului, având însă o constantă motivaţie de afirmare de sine. Vizarea intenţională a conştiinţei persoanei a fost analizată şi dezvoltată amplu în ultimele decenii, în afară de fenomenologia clasică, parţial de semiotică, dar mai ales de hermeneutică, disciplină care şi-a declarat explicit articularea cu fenomenologia husserliană şi având pretenţia de a o dezvolta.

În perspectivă psihologică şi psihopatologică, vizarea, în sens de ţintire a unui scop, se bazează pe o motivaţie şi conduce la elaborarea unui proiect de acţiune ce ţine seama de cunoaşterea lumii de către subiect, de informaţiile privind situaţia dată şi propriile capacităţi de acţiune. Se mai au în vedere posibilele evoluţii ale situaţiei şi măsura în care acestea sunt independente sau dependente de subiect. Urmează decizia de a realiza obiectivul, trecerea la act şi realizarea sa efectivă prin strategii ce se autoreglează. Iar în final, se obţine o informaţie inversă, privitoare la faptul că, obiectivul a fost împlinit. „Acţiunea lingvistică" se derulează, în principiu, după acelaşi scenariu.[38] Întreg procesul presupune o înţelegere şi o evaluare din partea subiectului, a situaţiei în care el se află, fapt ce implică raporturile sale cu alţii şi cu lumea sa corelativă. Şi, de asemenea, o înţelegere a informaţiilor ce-i sunt adresate sau care-i sunt accesibile, formulate în coduri semiotice pe care le cunoaşte. Acţiunile (comportamentele), expresiile şi actele de limbaj pot fi, la o extremă, spontane, reactive, automate, neelaborate, iar la alta, rezultatul unei deliberări şi elaborări mai mult sau mai puţin libere şi creatoare. Acţionând prin fapte şi vorbe – prin expresii şi aserţiuni semnificante în interiorul lumii umane – subiectul trebuie să ţină cont de regulile sintactice şi de valenţele semantice ale codurilor semiotice proprii comunităţii din care fac parte persoanele cărora se adresează. El urmează a se asigura că interlocutorul vizat îl înţelege şi că acţiunea sa are sens, semnificaţie şi valoare în lumea umană în care trăieşte. Acţiunile persoanei pot avea amplori temporale diferite, fiind susţinute şi susţinând, în acelaşi timp, temporalitatea proprie. Ele se desfăşoară într-un univers al spaţialităţii umane în care ceilalţi şi, în general, realităţile lumii se află la diverse distanţe nu doar fizice, ci şi psihologice, şi în situaţia de a fi accesibile în diverse moduri. În cursul unei acţiuni cu scop şi sens, subiectul (care stă în spatele persoanei, intersectându-se cu structura temperamental-caracterială a acesteia) îşi păstrează identitatea cu sine, astfel încât comportamentul său este previzibil, în mare măsură, pentru sine şi pentru alţii.

[38] În perspectiva „acţiunii lingvistice" rămân texte de referinţă lucrările lui Wittgenstein, din a doua perioadă a gândirii sale, în care lansează ideea „jocurilor de limbaj", acestea sunt invocate explicit de actuala psihopatologie clinică cu orientare cognitivistă.

Acest scenariu se aplică, în primul rând, înţelesului cognitivist al intenţionalităţii. Pentru perspectiva specific umană – pentru sensul fenomenologic al intenţionalităţii – s-ar mai putea adăuga următoarele:

– Proiectul de acţiune poate fi înţeles ca pro-ject, adică, imaginarul subiectului, folosindu-se de înţelegerea ek-sistenţei proprii ca posedând posibilităţi variate de a fi în lume, se pro-jectează (se „aruncă") pe sine într-un viitor cu sens (şi semnificaţie). Realizarea acestui proiect se poate împlini în lumea a 3-a a lui Popper (înţeleasă în sens lărgit), dar şi în cea de a doua. Deschiderea prin pro-ject face posibilă duplicitatea, ce poate fi depăşită printr-o sinteză eficientă şi concomitent valorică. Prin împlinirea proiectului se poate afirma autenticitatea persoanei şi se poate realiza dimensiunea sa valorică.

– Gândirea umană este axată pe rezolvarea unor probleme nu doar practice, ci şi teoretice; acest fapt este posibil prin inserţia subiectului conştient în instanţa suprapersonală a logosului şi spiritualităţii pe care individul le asimilează şi în planul cărora se afirmă şi se manifestă prin limbaj, implicând logica şi evaluarea valoric-spirituală. Limbajul, ca instanţă comunitară, este preluat şi exercitat de subiect cu toate valenţele sale sintactice, semantice şi pragmatice, cu valoarea sa nu doar comunicativ-expresivă, ci şi asertiv-critică (Popper). Prin limbaj şi gândire, subiectul rezolvă nu doar probleme pentru sine, ci şi pentru comunitate. El participă la soluţionarea situaţiilor problematice teoretice ale socio-culturii din care face parte, la evaluările valoric spirituale ale acesteia, propunând, la rândul său, întrebări şi probleme, „idei" ce urmează a fi dezbătute, clarificate, plasate în noi proiecte de acţiune teoretice şi/sau practice „rezolvate" etc. A formula bine o problemă în cadrul lumii umane – a lansa o importantă „idee" în acest plan – este aproape la fel de important ca faptul de a rezolva o problemă comunitară.

– Gândirea, judecarea, ce se derulează sub cupola conştiinţei, asigură o libertate crescută de opţiune, fapt ce stă la baza responsabilităţii şi judecăţii de valoare; de autoevaluare, heteroevaluare şi evaluare valorică a „realului" din interiorul propriei lumi umane.

– Acţiunea persoanei beneficiază nu doar de o motivaţie, în sensul determinismului, ci – în marginea libertăţii de opţiune, în interiorul logosului – şi de o justificare, pe care subiectul o poate propune altora, oferindu-şi-o, în acelaşi timp, lui însuşi, prin discurs argumentativ, interior şi/sau exterior, lingvistic sau simili-lingvistic. Uneori, poate exista o diferenţă evidentă între motivaţia reală şi justificare.

La baza motivării şi justificării acţiunii umane stă nu numai gândirea dublată de limbaj şi beneficiind de o crescută libertate de acţiune, ci şi judecarea

ce evaluează consecinţele pentru sine şi pentru alţii, a rezultatelor semnificative a propriilor acte. Este prezent, deci, discernământul care presupune intuirea sau cunoaşterea normativităţii socio-culturale, ancorată atât în perspectiva deontică (permis, interzis, obligator), cât şi cea valorică (bun – rău). Este, astfel, implicată instanţa logosului supraindividual şi a spiritualităţii valorice, care se deschide întru transcendenţă. De aceea, la acest nivel poate fi validată nu doar judecata obedientă faţă de normativitate, ci şi cea sintetic creatoare, ce depăşeşte acest nivel, instaurând noul, cu valoarea de caz-tipic-exemplar. Acesta este, însă, un teren aparte, în care validitatea şi valabilitatea se confirmă doar prin generativitate productivă; care, la rândul său, se reconfirmă retrospectiv, în plan cultural, spiritual.

Din perspectiva acţiunii – căreia îi sunt alăturate comunicarea şi gândirea – se pot diferenţia două instanţe limită: a) La un pol, faptul de a fi într-o situaţie (problematică), de a fi angajat în rezolvarea unei probleme ce implică, în diverse grade, subiectul. Această raportare situaţională poate scurtcircuita (poate să nu aibă de a face) cu alte persoane, mai mult sau mai puţin reale, ca în cazul contemplaţiei admirative estetice, a rugăciunii sau extazului mistic. De obicei şi în majoritatea cazurilor însă, alte persoane sunt implicate, în diverse moduri, cu variate semnificaţii şi în cadrul unor situaţii ce se plasează pe axe temporale diferite ca durată; b) La celălalt pol e de luat în considerare „situaţia existenţială" particulară şi extremă, prin care persoana este angajată în împlinirea unui sens existenţial. Desigur, aceasta face corp comun cu biografia (a se vedea paragraful următor); dar însăşi faptul, de a resimţi că propria existenţă are un sens, ne scoate din circumstanţialitate, plasându-ne în alt plan. Nevoia de sens, faptul de a construi sau de a te agăţa de un sens sunt variante pe această temă ce se învârte în jurul unui element personal, esenţial şi fundamental: faptul de a exista întru împlinirea unui sens (rost) existenţial. Bilanţurile existenţiale făcute în anumite momente ale ciclurilor vieţii, sentimentul de fericire sau nefericire pe care oamenii îl resimt de multe ori în viaţă, precum şi anumite forme de psihoterapie (cum ar fi „Logoterapia") se articulează cu această problematică, elementară şi ultimă, a nevoii de sens pentru individul uman.

5.7. Biografie, structură şi tulburare psihică

Orice tentativă de abordare ştiinţifică a existenţei persoanei conştiente are ca punct de plecare nivelul experienţei naturale a existenţei individului uman, angajat în situaţii problematice, în mijlocul lumii sale. Acest nivel se deta-

şează de pe un fundal structural-diacron, care se complexifică, se îmbogăţeşte şi se metamorfozează de-a lungul ciclurilor vieţii, structurând personalitatea proprie. Experienţele trăite de subiect se succed şi se conjugă, constituind o istorie a vieţii personale, ce poate fi comentată ca biografie. Prin biografie, subiectul se constituie ca un „personaj", ca o entitate complexă şi coerentă, ce globalizează fiinţa sa, atât pentru sine, cât şi pentru alţii.

Ca să poată apărea în ipostază biografică, subiectul trebuie să se manifeste în contextul relaţiilor sale cu alţii care-l receptează, în interiorul unei nişe ecologice umane şi a unei socio-culturi. Prin manifestări, el este receptat de ceilalţi, atât direct, cât şi indirect (prin rezultatul acţiunilor sale, prin opere) şi este evaluat. Există şi un aspect subiectiv al trăirii biografice, ca bilanţ retrospectiv al propriei istorii de viaţă, realizat prin rememorare, prin introspecţie analitică şi interpretativ-evaluativă, de către un subiect ce se află în situaţia actuală.[39] Sinteza biografică propriu-zisă nu e posibilă însă, decât din perspectiva unei a treia persoane, a unui „el" plasat în poziţia de „noi", deci depăşind nu doar subiectivitatea, ci şi intersubiectivitatea. Materiale importante pentru această sinteză sunt, totuşi, în mare măsură şi mărturiile pe care subiectul le face public, jurnalele intime, expunerile auto-biografice.

Notă: De fapt, biografia s-a impus treptat de-a lungul istoriei, pe măsură ce tema individului uman – a individualului antroposului – se diferenţia şi se impunea. În această perspectivă, un moment crucial este considerat autobiografia spirituală a lui Augustin („Confesiuni"), care impune ideea structurii narative a existenţei individuale subiective (în contrast cu istoricitatea umanului considerat în ansamblu, pe care, în conformitate cu propria concepţie teologică, a expus-o în De Civitas Dei). Textele autobiografice s-au înmulţit simţitor în Europa, după Renaştere. În vremile actuale, ponderea crescută o capătă, din nou, relatările, mărturiile, depoziţiile, jurnalele de tip gazetăresc – ca un fel de revenire (la un nivel superior) la demersul iniţial al lui Herodot şi Strabon, cu trecerea în plan secund a turnurii ce s-a petrecut între Tucidide şi Augustin, şi ca un fel de refuz al mişcării autobiografice şi de consemnare a intimităţilor subiective ce s-a derulat în Europa, între Renaştere şi sec. XX; este, probabil, un aspect al ascensiunii orientării cognitiviste, care, însă, nu se poate descurca în zilele noastre fără complementarea sa fenomenologică.

[39] Această perspectivă subiectivă a sugerat, lui Binswanger, ideea „biografiei interioare" pe care a comentat-o în 1928, din perspectivă fenomenologică (ca şi curs al Dasein-ului între ancorarea în situaţie şi proiect de ek-sistenţă-în-lume, recte proiect-al-lumii).

O biografie nu se redactează în raport cu fiecare om real. Dar modelul biografiei, aşa cum apare el în cele scrise despre oamenii de seamă, este o instanţă de referinţă ce se poate aplica oricui. Într-o modalitate mai accentuată decât cea pe care o invocă instanţa „persoanei", individul uman se afirmă şi se dezvăluie acum din perspectiva supraindividuală a logosului. Căci, o biografie rămâne posibilă şi pentru cei ce nu-şi mai amintesc bine viaţa sau pentru cei care au murit deja.

Orice biografie trebuie să se înscrie în anumiţi parametri standard care îi ordonează structura. Dintre aceştia menţionăm: succesiunea evenimentelor, parcurgerea vârstelor, relaţiile cu părinţii, cu partenerii de viaţă, cu cei educaţionali şi de afirmare, împărtăşirea subiectului din concepţia despre lume a unei socio-culturi date, decupată şi interpretată într-o manieră personală, inventarul celor întâmplate şi a realizărilor specifice, trăirile şi manifestările ce derivă din conştiinţa moral-valorică, cosmicitatea antropologică în care istoria de viaţă personală a unui om se înscrie. O parte din aceste aspecte au fost teoretizate şi aplicate încă din sec. XIX de cei care au promovat ideea de „Bildungsroman". Ele sunt, de altfel, prezente în orice biografie scrisă şi publicată, mai mult sau mai puţin romanţată, despre personalităţile de seamă pe care comunitatea socio-culturală le receptează şi le interpretează. Pe lângă aspectele sau capitolele menţionate, orice biografie trebuie să surprindă unicitatea existenţei nemijlocite a fiecărei persoane umane, indiferent de statutul şi valoarea sa antropologică.

La baza biografiei stă realitatea existenţei desfăşurate în timp, dar şi organizată structural a unei persoane umane date; aceasta depăşeşte atât ceea ce e resimţit şi redactabil din punct de vedere interior, ca trăire circumstanţială, rememorare şi autobiografie posibilă sau redactată, cât şi ceea ce e constatabil din perspectiva strict exterioară a lumii umane a persoanei ca succesiune de evenimente, comportamente, expresii, producţii, opere. Este vorba, în primul rând, de tot ceea ce caracterizează identitatea persoanei (aşa cum a fost comentată această temă la sfârşitul paragrafului 5.2.1.). La care se adaugă toate aspectele comentate din perspectivă developmentală (paragraful 4.3.2.), precum şi cele menţionate în prezentul capitol până la acest nivel. Se diferenţiază o perspectivă structurală, distinctă şi interconectată cu cea diacron-biografică, în sensul că se generează concomitent şi se condiţionează, până la un punct, reciproc. Această realitate structural-dinamică a persoanei implică propriul corp, eul – identic cu sine şi conştient – aspectele temperamental-caracteriale, statutele şi rolurile sociale, concepţia despre lume şi sine, persoana morală şi spirituală, creativitatea. Ea este doar parţial evidenţiată prin demers introspectiv

sau prin construcţie biografică, putând fi sondată pe multiple căi umane, mai ales prin psihoterapie – analitică, cognitivă, existenţială etc. fără a putea fi epuizată. Aspectul structural-dinamic al persoanei umane se cere a fi considerat o realitate, ce are un subiect şi un dinamism propriu[40] şi care e descifrată şi interpretată în diverse maniere prin şcolile şi doctrinele ce abordează înţelegerea persoanei umane. Dintre acestea, pentru psihopatologie, considerăm ca tentative importante şi semnificative organo-dinamismul lui Ey (155) şi abordarea structural-dinamică a lui Janzarik (156). Problema relaţiei între aspectul structural diacron al personalităţii şi episodul, tulburarea sau boala psihică continuă să fie dezbătute fără încetare (160).

Aparent, elementul central al biografiei este temporalitatea proprie subiectului. Aceasta este aşa de strâns interconectată cîr propria identitate şi spaţio-temporalitate antropologică, cu relaţiile întreţesute cu celelalte persoane proxime, cu acţiunile mai mult sau mai puţin creative în contextul unei cunoaşteri proprii a lumii (umane) care implică logosul şi cultura, încât temporalitatea trăită poate fi considerată doar ca poartă prin care se deschide perspectiva acestei teme. În plus, chiar din punctul de vedere al temporalităţii antropologice, se cere reamintit că ceea ce susţine instanţa biografiei, adică durata identităţii proprii, se află la un nivel limită, la celălalt pol plasându-se „faptul-de-a-fi-în situaţie" (problematică). Iar aceasta, la rândul său, implică angajarea subiectului în evenimente, în acţiuni şi în relaţii interpersonale ce au semnificaţie şi sens. Şi care, toate, se articulează între ele, într-o succesiune constitutivă de persoană, conştiinţă, subiectivitate, de biografie şi de lume corelativă subiectului.

În continuitatea celor menţionate mai sus, vom puncta importanţa şi semnificaţia fundamentală a logosului, pentru existenţa şi afirmarea persoanei umane înţeleasă ca biografie, fapt deosebit de important pentru psihopatologie. Ne vom referi, pentru început, la unele comentarii ale lui McIntyre (154). Spicuim dintr-o lucrare a sa următoarele formulări:

„...(nu doar) conversaţiile în particular (ci) şi acţiunile omeneşti (pot fi considerate) naraţiuni în act (s.n.) Barbara Hardy a scris că „visăm în cheie narativă, după cum, tot în cheie narativă, visăm cu ochii deschişi, ne amintim, presimţim, sperăm, deznădăjduim, credem, ne îndoim, plănuim, revizuim, criticăm, construim, învăţăm, urâm şi iubim prin povestire"... Poveştile sunt trăite înainte

[40] Realitatea structurală dinamică a psihismului persoanei a fost menţionată şi în introducerea prezentului capitol.

de a fi povestite... forma naraţiunii e cea mai potrivită pentru a înţelege acţiunile celorlalţi... cineva poate descoperi că apare ca personaj în mai multe naraţiuni în acelaşi timp, dintre care unele sunt inserate în altele... Fiecare din noi, fiind personajul principal al propriei sale drame, joacă roluri secundare în drama celorlalţi... O acţiune este un moment într-o istorie posibilă sau reală sau în mai multe asemenea istorii... Autorii sunt şi personaje... Personajele nu încep niciodată „ab initio"... începutul fiecărei istorii e gata făcut de ceea ce a avut loc înainte... Nu există prezent care să nu fie pătruns de o imagine a unui viitor, o imagine care se prezintă totdeauna sub forma unui telos... Imprevizibilitatea şi teleologia coexistă ca părţi ale vieţii noastre... naraţiunile pe care le trăim au un caracter imprevizibil şi, totodată, parţial teleologic... în esenţă, omul este în acţiunile, practicile şi ficţiunile sale, un... povestitor... Dacă îi lipseşti pe copii de povestiri, ei rămân nişte bâlbâiţi, nearticulat şi anxioşi în acţiunile şi vorbirea lor. Deci nu putem face pe nimeni să înţeleagă nici o societate... fără fondul de povestiri care constituie rădăcinile sale dramatice iniţiale. Mitologia – în sensul său virginar – este miezul tuturor lucrurilor... A fi subiectul unei naraţiuni care se întinde de la naştere şi până la moarte înseamnă... a fi răspunzător pentru acţiunile şi experienţele din care se compune o viaţă ce poate fi povestită... Identitatea personală este deci acea identitate pe care o presupune unitatea de caracter cerută de unitatea unei naraţiuni. Fără această unitate nu ar exista subiecţi despre care să se poată spune poveşti. Celălalt aspect al nivelului narativ constă în faptul că nu doar sunt eu însumi răspunzător, dar sunt şi cineva care poate cere celorlalţi socoteală, care poate pune pe alţii în discuţie. Fac parte din povestea lor, tot aşa cum fac şi ei parte din a mea. Naraţiunea oricărei vieţi face parte dintr-un şir de naraţiuni ce se interpătrund... Unitatea vieţii umane este unitatea unei căutări narative... care ne face să înţelegem locul integrităţii şi statorniciei în viaţă...

Citatele de mai sus sunt extrase dintr-un „Tratat de morală" care caută locul şi fundamentarea virtuţilor în existenţa omenească. Ele subliniază pregnant importanţa logosului – instanţă supraindividuală, asimilată şi practicată de persoana conştientă împreună şi făcând corp comun cu instanţa spiritualităţii – în structura biografiei, înţeleasă ca şi cheie de boltă a identităţii subiectului, a persoanei umane, în general, şi a persoanei morale, în special, care se afirmă în primă instanţă prin virtuţi. Studiile prospective ale psihologiei şi psihopatologiei developmentale şi cele ale ciclurilor vieţii contribuie progresiv, tot mai mult, la „înţelegerea" şi „explicarea", considerate ca un continuum, a unei persoane date,

sau prin construcţie biografică, putând fi sondată pe multiple căi umane, mai ales prin psihoterapie – analitică, cognitivă, existenţială etc. fără a putea fi epuizată. Aspectul structural-dinamic al persoanei umane se cere a fi considerat o realitate, ce are un subiect şi un dinamism propriu[40] şi care e descifrată şi interpretată în diverse maniere prin şcolile şi doctrinele ce abordează înţelegerea persoanei umane. Dintre acestea, pentru psihopatologie, considerăm ca tentative importante şi semnificative organo-dinamismul lui Ey (155) şi abordarea structural-dinamică a lui Janzarik (156). Problema relaţiei între aspectul structural diacron al personalităţii şi episodul, tulburarea sau boala psihică continuă să fie dezbătute fără încetare (160).

Aparent, elementul central al biografiei este temporalitatea proprie subiectului. Aceasta este aşa de strâns interconectată cîr propria identitate şi spaţio-temporalitate antropologică, cu relaţiile întreţesute cu celelalte persoane proxime, cu acţiunile mai mult sau mai puţin creative în contextul unei cunoaşteri proprii a lumii (umane) care implică logosul şi cultura, încât temporalitatea trăită poate fi considerată doar ca poartă prin care se deschide perspectiva acestei teme. În plus, chiar din punctul de vedere al temporalităţii antropologice, se cere reamintit că ceea ce susţine instanţa biografiei, adică durata identităţii proprii, se află la un nivel limită, la celălalt pol plasându-se „faptul-de-a-fi-în situaţie" (problematică). Iar aceasta, la rândul său, implică angajarea subiectului în evenimente, în acţiuni şi în relaţii interpersonale ce au semnificaţie şi sens. Şi care, toate, se articulează între ele, într-o succesiune constitutivă de persoană, conştiinţă, subiectivitate, de biografie şi de lume corelativă subiectului.

În continuitatea celor menţionate mai sus, vom puncta importanţa şi semnificaţia fundamentală a logosului, pentru existenţa şi afirmarea persoanei umane înţeleasă ca biografie, fapt deosebit de important pentru psihopatologie. Ne vom referi, pentru început, la unele comentarii ale lui McIntyre (154). Spicuim dintr-o lucrare a sa următoarele formulări:

„...(nu doar) conversaţiile în particular (ci) şi acţiunile omeneşti (pot fi considerate) naraţiuni în act (s.n.) Barbara Hardy a scris că „visăm în cheie narativă, după cum, tot în cheie narativă, visăm cu ochii deschişi, ne amintim, presimţim, sperăm, deznădăjduim, credem, ne îndoim, plănuim, revizuim, criticăm, construim, învăţăm, urâm şi iubim prin povestire"... Poveştile sunt trăite înainte

[40] Realitatea structurală dinamică a psihismului persoanei a fost menţionată şi în introducerea prezentului capitol.

de a fi povestite... forma naraţiunii e cea mai potrivită pentru a înţelege acţiunile celorlalţi... cineva poate descoperi că apare ca personaj în mai multe naraţiuni în acelaşi timp, dintre care unele sunt inserate în altele... Fiecare din noi, fiind personajul principal al propriei sale drame, joacă roluri secundare în drama celorlalţi... O acţiune este un moment într-o istorie posibilă sau reală sau în mai multe asemenea istorii... Autorii sunt şi personaje... Personajele nu încep niciodată „ab initio"... începutul fiecărei istorii e gata făcut de ceea ce a avut loc înainte... Nu există prezent care să nu fie pătruns de o imagine a unui viitor, o imagine care se prezintă totdeauna sub forma unui telos... Imprevizibilitatea şi teleologia coexistă ca părţi ale vieţii noastre... naraţiunile pe care le trăim au un caracter imprevizibil şi, totodată, parţial teleologic... în esenţă, omul este în acţiunile, practicile şi ficţiunile sale, un... povestitor... Dacă îi lipseşti pe copii de povestiri, ei rămân nişte bâlbâiţi, nearticulat şi anxioşi în acţiunile şi vorbirea lor. Deci nu putem face pe nimeni să înţeleagă nici o societate... fără fondul de povestiri care constituie rădăcinile sale dramatice iniţiale. Mitologia – în sensul său virginar – este miezul tuturor lucrurilor... A fi subiectul unei naraţiuni care se întinde de la naştere şi până la moarte înseamnă... a fi răspunzător pentru acţiunile şi experienţele din care se compune o viaţă ce poate fi povestită... Identitatea personală este deci acea identitate pe care o presupune unitatea de caracter cerută de unitatea unei naraţiuni. Fără această unitate nu ar exista subiecţi despre care să se poată spune poveşti. Celălalt aspect al nivelului narativ constă în faptul că nu doar sunt eu însumi răspunzător, dar sunt şi cineva care poate cere celorlalţi socoteală, care poate pune pe alţii în discuţie. Fac parte din povestea lor, tot aşa cum fac şi ei parte din a mea. Naraţiunea oricărei vieţi face parte dintr-un şir de naraţiuni ce se interpătrund... Unitatea vieţii umane este unitatea unei căutări narative... care ne face să înţelegem locul integrităţii şi statorniciei în viaţă...

Citatele de mai sus sunt extrase dintr-un „Tratat de morală" care caută locul şi fundamentarea virtuţilor în existenţa omenească. Ele subliniază pregnant importanţa logosului – instanţă supraindividuală, asimilată şi practicată de persoana conştientă împreună şi făcând corp comun cu instanţa spiritualităţii – în structura biografiei, înţeleasă ca şi cheie de boltă a identităţii subiectului, a persoanei umane, în general, şi a persoanei morale, în special, care se afirmă în primă instanţă prin virtuţi. Studiile prospective ale psihologiei şi psihopatologiei developmentale şi cele ale ciclurilor vieţii contribuie progresiv, tot mai mult, la „înţelegerea" şi „explicarea", considerate ca un continuum, a unei persoane date,

mai mult sau mai puţin vulnerabile mai mult sau mai puţin anormale sau deficiente, aflate într-o perioadă de criză psihică, într-un episod psihopatologic scurt sau prelungit, eventual într-o stare defectivă ce urmează acestora. Şi la fel, la acelaşi obiectiv pot contribui diverse demersuri analitice retrospective. Înţelegerea persoanei, prin analiza biografiei sale, poate aduce la lumină organizarea motivaţiilor sale existenţiale fundamentale, poziţionările sale atitudinale bazale faţă de sine, alţii şi lume, concepţia sa despre propria poziţie în lume şi în raport cu transcendenţa, structura sensurilor sale existenţiale şi măsura în care îşi înţelege şi evaluează propriul destin.

Atât cercetările prospective, cât şi cele analitic retrospective conduc la concluzia organizării şi reorganizării progresive şi concentrice a personalităţii. Stresurile biologice şi psihice trăite în copilărie sau adolescenţă, punctuale, secvenţiale sau prelungite pot vulnerabiliza persoana. Dar, pot fi şi stimulative pentru construirea unor suprastructuri performante, protective, care anulează expectanţa iniţială negativă (în conformitate cu conceptul de elasticitate – „resilience" – a lui Rutter). După transversarea unor evenimente semnificative de viaţă, a unor perioade critice fireşti ale dezvoltării sau o dată cu parcurgerea marilor cicluri ale vieţii, subiectul se poate reorganiza nu doar din perspectiva cunoştinţelor, ci şi din cea a structurii, a identităţii şi disponibilităţilor, atitudinilor şi capacităţilor sale fundamentale (faţă de sine, alţii şi lumea umană în general), ajungându-se astfel la parţiale metamorfoze ale persoanei. Tocmai de aceea, se diferenţiază fondul temperamental de structura caracterială, ce derivă din experienţele semnificative trăite – conştient sau inconştient – şi care determină subiectul să decanteze, să decidă şi să afirme câte un nou mod personal de a fi în lume. Se constituie astfel progresiv personalitatea adultului care este o sinteză între istoria evenimenţial-biografică, organizarea identităţii eului conştient, structura temperamental-caracterială, conţinut şi concepţie cognitivă, capacitate creativă; şi, în sfârşit, structura şi raportarea morală la alţi oameni. În acest context, tipologia temperamental caracterială este doar un aspect, desigur, strâns interconectat cu celelalte (fig. XXIII).

Procesul de metamorfoză şi reorganizare firească a persoanei de-a lungul biografiei, comentat pe scurt mai sus, stă la baza unor nivele concentrice şi intersectate ale eului caracterial. Un individ, care temperamental este pasiv-dependent, poate ajunge, prin experienţe de viaţă liminare, prin învăţare sau parţial prin exerciţiu şi autoformare, să devină o persoană activă şi întreprinzătoare. Ceea ce nu înseamnă că, în spatele acestui strat de suprafaţă, structurat şi construit de-a lungul vieţii, potenţialul pasiv-dependent nu poate să persiste, să fie continuu

prezent. Sau, un individ emotiv în relaţiile sociale poate ajunge să prezinte o faţadă de om sociabil, chiar îndrăzneţ în anumite împrejurări, păstrându-şi fondul temperamental intim şi profund, de om hipersensibil la relaţionări, modalitate la care revine deseori. Multe persoane curajoase din punct de vedere social şi oficial, pot fi în adâncul sufletului timizi şi fricoşi, iar persoane hiperactive pot resimţi, constant sau periodic, o profundă astenie abulică care constituie, de fapt, fondul temperamental al personalităţii. Prezenţa a două nivele în plan temperamental-caracterial a fost de mult sesizată, prin noţiunea de „normal vulnerabil" a lui Khan, sau, prin descrierile lui Kretschmer (152), care a comentat persoana „stenică" cu un nivel – o zonă, un „spine" – astenic şi invers. Problema rămâne de actualitate în perspectiva teoriei contemporane a vulnerabilităţii. Mai ales că pot fi luate în considerare nu doar două, ci mai multe nivele structurale construite biografic ale personalităţii, exercitate în funcţie de împrejurări. Psihoterapiile şi programele de reabilitare psiho-socială au drept obiectiv tocmai organizarea unor astfel de straturi de suprafaţă ale unei „personalităţi secunde" care completează, corijează şi compensează defectele de relaţionare şi inserţie socială ce rezultă din evenimentele psihopatologice. În paralel cu ceea ce se poate construi, mai mult sau mai puţin deliberat ca suprastructură şi faţadă, parţial elaborată şi manipulată de subiect în direcţia expresivităţii şi aparienţei sociale posibile şi de dorit subiectiv, se realizează constant nivelele de profunzime, preconştiente şi neconştiente ale persoanei, care, toate, se eşalonează ierarhic. Este meritul istoric al psihanalizei lui Freud, de a fi identificat zona inconştient-refulată a psihismului individual, cea care nu pătrunde până la nivelul conştiinţei reflexive, fiind reprimată de către supraeu. Şi unde se cumulează o serie de complexe, în sensul lui Freud şi Adler, constituindu-se un fel de „centru de acumulare pentru un „eu secund", profund şi neconştient, domeniu amplu abordat apoi, de către Jung. Această instanţă a „eului secund" neconştient se poate institui ca un punct de absorbţie – ca o zonă de colecţie – pentru toate trăirile ce nu pot fi „metabolizate" firesc de către psihismul individual, pentru a fi transformate în trăiri neutre, pur şi simplu rememorabile. Psihotraumele acute sau prelungite, evenimentele de viaţă cu o semnificaţie deosebită, intră şi ele în acest regim; o perioadă de timp sunt rememorate involuntar şi în manieră obsesivă (ca în reacţia de stres posttraumatic). Ulterior, ele se pot articula cu alte trăiri „nemetabolizate" ce rămân ca un „corp străin" intrapsihic, articulându-se mai mult sau mai puţin cu zona psihică refulată (în sens psihanalitic), astfel încât manifestarea acestui „complex-motivaţional" afectiv-tematic va deveni tot mai dificilă în mod direct, căutând căi derivate de expri-

mare şi descărcare şi stând la baza unei ego-distonii psihice (153),(154). Deci, a unei insuficiente concordanţe cu sine a subiectului, a unei insuficiente transparenţe şi coeziuni interioare care subminează sinteza armonioasă a identităţii subiectului făcându-l, dinspre profunzime, mai vulnerabil. Această situaţie se desfăşoară şi poate fi evidenţiată în zona abisală a cercurilor concentrice ale persoanei (prin raport cu duplicitatea sau multiplicitatea comentată iniţial în zonele proiectiv-afirmative, de elaborare secundă ale acesteia).

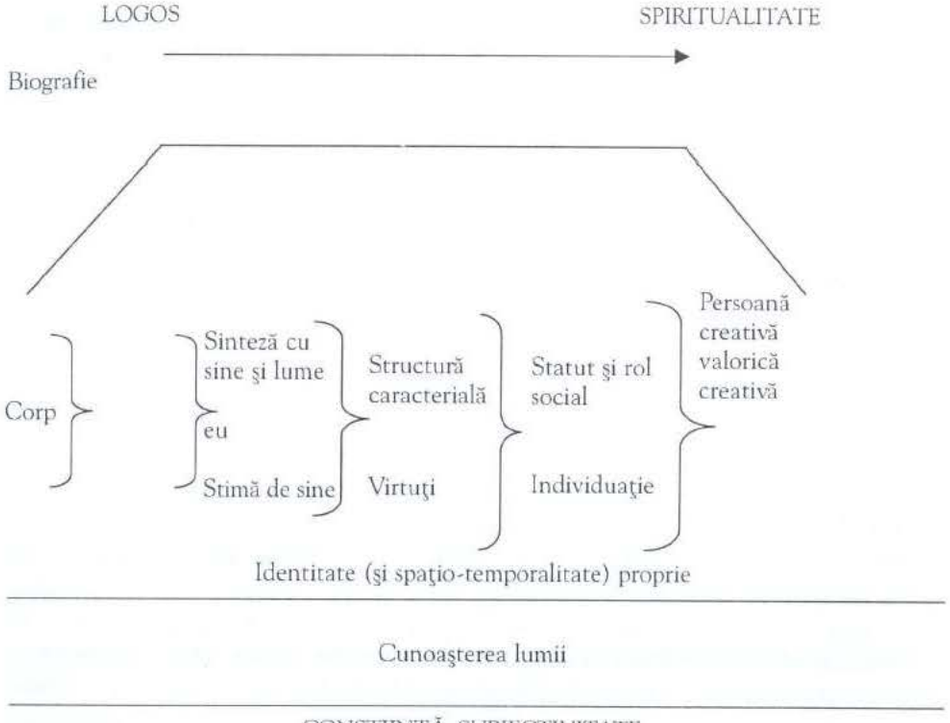


Figura XXV. Aspecte structural-dinamice ale persoanei

Persoanele predominant „ego-distone" sunt mai înclinate spre patologie de serie nevrotică, iar cele mai „ego-sintone", spre tulburări de personalitate de tip psihopat şi delirant paranoiac.

Revenind la perspectiva diacronă a existenţei personale, se poate afirma că biografia se realizează, existenţa personală se împlineşte prin parcurgerea unor situaţii de viaţă, mai mult sau mai puţin problematice, care se desfăşoară de-a lungul liniilor de forţă configurate de proiectele existenţiale ale subiectului; şi, în acelaşi timp, derivând din solicitările „lumii-vieţii" umane în care el e inserat. Aceste situaţii-de-viaţă sunt, de obicei, trăite ca evenimente, comprehensive şi cu sens, implicând în mod variat infrastructura neconştientă a persoanei. Înşirăm, într-o suită predominant existenţială dar care poate fi utilă şi din punct de vedere al psihopatologiei, următoarele: – angajarea într-o situaţie problematică ce se cere rezolvată pragmatic sau teoretic, în diverse perioade de timp; – angajarea şi implicarea subiectului în procese relaţionale interpersonal-sociale, afective şi pragmatice (aria este extrem de vastă, grupând aproape toate evenimentele şi trăirile ce se realizează în cadrul statutelor şi rolurilor sociale, în toate marile arii ale ciclurilor vieţii ce au fost deja menţionate); – implicarea în procese de cercetare, şi/sau creaţie valorică în contextul logosului uman; – angajarea în programe de sărbătoare şi joc comunitar; – petrecerea timpului personal în programe de meditaţie şi contemplare (admirative, de extaz,); – implicarea în trăiri şi evenimente ce vizează transcendenţa sacrului; – derularea vieţii intime, interpersonale şi cea a firescului vieţii de zi cu zi. Menţionăm şi trăirea unor situaţii reactive negative, condiţionate de evenimente de viaţă psihotraumatizante, tensionate de aspect psihodramatic care, prin semnificaţia lor, afectează profund subiectul, inducând trăiri, precum: anxietatea, frica, tristeţea, obsesia, euforia, furia. Astfel de reacţii psihice excesive, anormale, ce pot fi etichetate, uneori, ca „psihopatologice", nu întrerup continuitatea biografică a persoanei, la fel cum nu o face nici somnul, cu visele sale. Sunt însă posibile şi episoade de viaţă în care psihismul persoanei este suspendat sau distorsionat, într-o astfel de măsură, încât, se ridică problema unei discontinuităţi – sau a unor evoluţii pe drumuri paralele – a straturilor structurii biografice a subiectului.

5.8. Reacţie psihopatologică, nevroză, psihoză endogenă, psihopatie

O reacţie psihică, dacă devine anormală ca intensitate şi durată, oricât de comprehensibilă ar fi, îngustează dimensiunile existenţiale ale subiectului în toate coordonatele sale esenţiale. Timpul trăit îşi pierde structura de profunzime tinzând să devină un prezent atemporal prelungit; spaţialitatea interpersonală şi

general antropologică e aplatizată în structura sa şi în disponibilitatea atitudinală a subiectului faţă de ceilalţi; cunoaşterea lumii nu mai progresează dată fiind preocuparea subiectului, centrată pe tema evenimentului petrecut, trăită fie în manieră prevalentă, fie obsesivă; acţiunea şi comunicarea sunt şi ele limitate. Identitatea subiectului se menţine însă ca o pânză de fond. Deşi, după unele reacţii psihopatologice deosebite se pot produce anumite metamorfoze în structura biografică a persoanei.

Situaţia de mai sus are în vedere reacţia psihopatologică comprehensivă standard, aşa cum a fost comentată la începutul secolului XX, de către Jaspers. Aceasta are două variante: a) Reacţiile acută şi subacută, condiţionate direct de evenimente, cum ar fi spaima sau pierderea a ceva de care subiectul este intens ataşat (de exemplul, doliul patologic); b) Dezvoltarea reactivă prevalenţială, în care evenimentul psihotraumatizant este doar (cel mult) pe jumătate condiţionant, restul depinzând de structura şi biografia persoanei (care, în limbaj actual, este considerată ca vulnerabilă); acestea sunt, de fapt, dezvoltări reactive, care durează un timp îndelungat. Jaspers a impus ca şi cadru nosologic doar prima variantă. Totuşi, a folosit-o şi pe cea de-a doua, pentru a diferenţia „procesul psihopatologic" endogen (şi organic) de modificările psihopatologice intense apărute reactiv, printr-o interpretare umană distorsionată cognitiv (evaluativ) a semnificaţiilor evenimentului trăit de către o persoană particulară sau dizarmonică (cazul comentat de Jaspers se referea la gelozia patologică). Diferenţierea între „dezvoltarea prevalenţial reactivă" şi procesul endogen – delirant, în cazul nostru – constă tocmai în faptul că al doilea realizează o ruptură a continuităţii identităţii biografice, apărând ca „incomprehensibil" (în sensul distincţiei lui Dilthey).

Pe tot parcursul sec. XX a fost constant comentată diferenţierea dintre nevroză şi psihoza endogenă. Acest comentariu a fost „pus între paranteze" în jurul anilor '80, pentru ca, în prezent, să reintre în actualitate. Calificarea celor două „entităţi nosologice" a fost considerată ca fiind condiţionată – concomitent – pe de o parte, de intensitatea şi forma tulburărilor psihice, pe de altă parte, de condiţionarea lor etio-patogenică. Aceste două stări psihopatologice, deşi delimitate în timp, sunt de durată prelungită şi pun sub tensiune identitatea persoanei.

În cazul tulburărilor de tip nevrotic, dacă abordăm această problemă din perspectiva intensităţii perturbării, aspectul semiologic (simptomatic-sindromatologic) este de natură să nu modifice grav percepţia şi înţelegerea lumii de către subiect; deşi acesta se detaşează din relaţionarea firească faţă de lume şi supraevaluează unele aspecte ale realului; esenţial e faptul că el e inhibat şi suferă intens interior, în diverse modalităţi; iar prezenţa sa în lume şi relaţionarea sa

interpersonal-socială este distorsionată. Totuşi, persoana poate coabita cu lumea sa umană, cu toate că se simte în inferioritate, solicitând în permanenţă ajutor, sprijin, suport, protecţie.

Starea de nevroză se caracterizează printr-o marcată egodistonie. Simptomatologia cea mai frecventă constă din anxietatea, fobie, depresie, obsesionalitate, conversie somatică, stări disociative de conştiinţă, astenie, tulburări somatoforme.

Tulburarea psihotică se caracterizează, din punct de vedere semiotic, printr-o gravă tulburare a percepţiei şi înţelegerii lumii, cu consecinţe asupra argumentării şi realizării comportamentului, fapt ce determină, o „alienare", în raport cu lumea umană comunitară. Simptomatologia specifică psihozelor ar consta din: „halucinaţii, delir, transparenţă-influenţă, stare maniacală sau depresivă (ultima fiind marcată de o calitate aparte a trăirii) şi alte perturbări grave ale trăirilor persoanei.

Tulburările reactiv-comprehensibile au, de obicei, o intensitate şi formă nevrotică. Deşi, în unele cazuri, ele pot îmbrăca şi o formă şi intensitate psihotică. În prezent, acest fapt este „explicat" prin raportul dintre vulnerabilitate, intensitatea stresorilor şi a condiţiilor ambientale de suport şi compensare.

În perspectivă etiopatogenică, există o împărţire clasică ce grupează tulburările în predominant (sau determinant) condiţionate psihogen, organic şi endogen.

Condiţionarea „psihogenă" depăşeşte, în psihopatologie, limitele reacţiei psihopatologice comprehensibile şi e prezentă în zona stărilor de dezadaptare, a nevrozelor şi chiar a psihozelor. Pentru apariţia unei tulburări de tip nevrotic standard, ar fi necesare pe lângă un teren vulnerabil şi cumulul în timp a unor stresori, precum: schimbările de viaţă, eşecurile, frustrările, conflictele intrapsihice şi exterioare; toate, în contextul unei reduse compensaţii prin reţeaua de suport social, prin satisfacţii, relaxări. Evenimentele psihotraumatizante ar juca doar un rol declanşator. Oricum, nevroza standard se instalează lent, progresiv.

Condiţionarea organică intervine direct asupra structurilor cerebrale ce susţin funcţionalitatea normală a psihismului. Manifestările clinice condiţionate direct şi specific prin suferinţe organic cerebrale ar fi cele din delirium, sindromul dismnestic şi deteriorarea cognitivă de tip demenţial[41]; dar sunt posibile şi manifestări simptomatice ce se întâlnesc în psihozele endogene şi în nevroze.

[41] A se vedea paragraful 2.5.1.

Determinismul „endogen" este cel mai misterios din psihopatologie şi din antropologie, în general. Desigur, în prezent am progresat mult în înţelegerea patologiei considerată tradiţional ca „psihoză endogenă", datorită teoriei vulnerabilitate/stres. Este clar că, în cazul condiţionării endogene, avem de a face în primul rând cu modificarea terenului, fapt care se petrece în timp, prin cumul non-linear al unor determinisme genetice, biologice, psihologice interpersonale şi psihosociale. Dar se mai are în vedere faptul că psihismul individului uman conştient este o entitate ontică aparte, distinctă de psihismul animal sau cel propriu eroilor de poveste. Lui îi este caracteristic un determinism special ce implică şi libertatea. Pe acest teren se joacă drama tulburărilor condiţionate endogen, care nu poate fi înţeleasă dacă se ignoră inserţia persoanei în instanţele umane supraindividuale ale logosului şi spiritualităţii.

În psihozele endogene nu mai apare în mod evident nici determinismul psihogen, nici cel organic, deşi, sunt indicii că ambele participă într-o manieră indirectă. E de presupus şi acceptat **o zonă de tranziţie şi articulaţie, de interpătrundere, susţinere şi fecundare reciprocă, între ceea ce e specific individului biologic şi a celui uman din perspectiva prelucrării informaţiei**, ca semnificaţie şi sens.

Această interpătrundere trebuie să fie, la acest nivel, profundă şi întreţesută după coduri ce se cer descifrate, realizând nu doar un principiu de translaţie, ci şi de corespondenţă cu dublă funcţie. Schneider a numit această zonă a persoanei ca „mezo-genă", ea putând fi influenţată şi modelată lent, progresiv, atât din perspectiva biologică, cât şi antropologică (fapt pe care tocmai îl studiază actuala psihopatologie developmentală). Tellenbach, care a realizat ultima mare sinteză psihopatologică privitoare la „endogen", a subliniat nu doar aspectul structural, ci şi cel dinamic al acestei instanţe intermediare şi de articulare între bios şi antropos, prin luarea în considerare a bio-ritmurilor şi ciclurilor vieţii înţelese, însă, într-un sens lărgit. Adică prin impregnarea individului, de către bio-psiho-ritmurile antropo-cosmice, cu constituirea zonei „endonului", care se afirmă prin „endo-kinezie". În limbaj mai modern, tema a fost preluată de teoria vulnerabilitate/stres, care poate beneficia mult de tradiţia psihopatologiei clasice germane, menţionată mai sus. Şi care se cere transcrisă şi în termeni fenomenologico-cognitivişti, specifici psihismului uman.

Zona amintită se cere bazată pe un „subiect" (în sensul grecesc de „hipokoinenon") care, în acest caz, este subiectul individului uman, zona de articulaţie şi tranziţie între instanţa globală a biosului şi cea a antroposului. Iar subiectul individului uman, marcat de toate caracteristicile menţionate la

începutul capitolului, nu este întru totul „conştient" şi „subiectiv", nu poate fi calificat întru totul ca persoană, nu întreţine relaţii cu celălalt doar în manieră umană, îşi păstrează o identitate care nu e doar biografică etc. E vorba, deci, de a accepta şi a recunoaşte o instanţă ontică care e nici strict biologică, nici strict antropologică, ci, împărtăşindu-se din ambele. Este zona de emergenţă în individual a specificului antroposului, parţial conştient, parţial neconştient, cu un determinism în acelaşi timp fizico-bilologic şi specific uman, dar decupat din acestea, ca ceva specific, ca o realitate „endogenă" (a „endonului" în sensul lui Tellenbach) sau „mezogenă" (în sensul lui Schneider). De fapt, această instanţă activă face parte din lumea umană; dar înrădăcinată cum e în bios, nu se poate dezice de acest fundament şi de această mixtură. Zona endogen-mezogenă, ca specifică individualului antroposului, stă la baza derulării „spontaneităţii" vieţii ek-sistente a persoanei umane, la diverse nivele de valoare şi modalitate, de la marea creativitate şi opţiunile „iraţionale" în direcţia fanatismului politic sau a sfinţeniei, până la formulele monstruos psihopate amorale pe care le exprimă unele persoane. Ideea lui Tellenbach, cum că, în cadrul zonei endogene – a „endonului" – am avea de a face cu ceva ce transgresează instanţa bio-antropologică în direcţia uneia cosmice (a „fisisului" grecesc) rămâne interesantă şi provocatoare. Esenţială este **distincţia** între două universuri ontice – cel al biosului şi al antroposului – şi **joncţiunea** lor la nivelul individului, care e, în acelaşi timp, reprezentant al individualului biologicului şi al umanului.

La o tulburare psihică „endogenă" se ajunge lent, prin modificarea progresivă şi adâncă a structurii persoanei, până la un punct în care, un moment declanşator (stresori psihosociali, biologici, crize ale ciclurilor vieţii, crize existenţiale etc.) realizează o mutaţie din regimul existenţei curente a persoanei inserată în a sa „lume a vieţii" într-un alt regim, liminar atât pentru individul biologic, cât şi pentru eul psihologic conştient. Adică, un nivel la care, ambele aceste instanţe, în mod firesc interpătrunzându-se, se află la limita de unde, mai departe, s-ar dezintegra (dezorganiza) împreună, aşa cum se petrec lucrurile în delirium sau demenţele organice. Din punct de vedere biologic este vorba de „sinele" (Selful) individului, ce asigură fundamentul reflexiv şi prospectiv al realizării sale întru specie. Din punct de vedere antropologic este vorba de limita la care conştiinţa se delimitează ca instanţă ultimă a individualului umanului (reflexiv şi intenţional). Şi care poate fi considerată ca analoagă cu ceea ce Husserl identifică ca zonă a „eului transcedental", obţinut prin „epoché". De aceea, psihopatologii fenomenologi, cei pentru care punctul de plecare este conştiinţa subiectiv reflexivă în înţelesul lui Husserl, au făcut distincţia dintre

„eul empiric" şi „eul transcedental". În psihozele endogene s-ar realiza un „experiment natural" care înlătură suprastructura existenţială prin care în mod obişnuit persoana umană se inseră în lume, există-în-lume, adică în lumea umană, în „lumea-vieţii-umane". Subiectul rămâne la un nivel limită a persoanei conştiente înţeleasă şi ca realitate bio-antropologică. **În psihoza endogenă eul (transcedental, deci liminar) rămâne prezent în faţa lumii în care nu se mai poate însă insera,** lipsindu-i pârghiile de legătură (aşa se petrec lucrurile în depresia majoră, în schizofrenia negativă şi dezorganizantă); **sau, este absorbit de transcendenţa lumii, în spatele căreia, eul diminuă până la a deveni o schemă nesemnificativă,** neliberă, care pluteşte (ca în cazul maniei) sau care e dominată de o temă (ca în delirul halucinator). **Atunci când se atinge intensitatea perturbării psihice din psihoza endogenă, calitatea trăirii este alta, deşi ea se poate plasa în continuitatea unor trăiri comprehensibile.** Depresia melancolică are altă calitate decât tristeţea reactivă sau nevrotică; într-un fel, ea „împietreşte" subiectul, care nici măcar nu mai poate fi trist, nu mai poate plânge. La fel, anxietatea psihotică scoate subiectul din lume şi nu-l mai poate menţine agăţat de aceasta, ca în cazul reacţiilor comprehensibile sau a nevrozelor. Maniacalul „pluteşte" prin lume fără suport, dincolo de varianta euforiei sărbătoreşti; iar delirantul paranoiac este „devorat" de idee (de tematica delirantă care-l poziţionează rigid în raportarea sa interpretativ-comunicativă şi de acţiune cu lumea umană).

Tulburările (psihotice) endogene apar de obicei sub forma unor episoade maladive, a unor perioade de viaţă în care pentru subiect se întrerupe continuitatea biografică, în sensul că existenţa sa se desprinde de cea comunitară, iar identitatea se metamorfozează. Dacă se obţine o remisiune completă, cursul biografiei se poate relua; dar „eul psihotic" odată configurat, nu mai dispare complet. El se poate reinflama periodic şi poate depăşi din nou „eul normal", cu ocazia unui nou episod de discontinuitate biografică. Sau, cele două euri se pot mixta, caz în care identitatea subiectului e perturbată pe lungă durată sau definitiv. Şi în aceste cazuri de „defect psihotic" e posibilă o reconstrucţie a unui eu de faţadă, prin programe de reabilitare psiho-socială, astfel încât subiectul să se poată integra comunitar. În unele cazuri, eul normal şi cel psihotic pot coexista ca în tulburarea ce a fost denumită „parafrenă". În orice caz, situaţia din psihozele endogene e distinctă de ego-distonia nevrotică, în care nu avem la nici un moment o fractură, o mutaţie la nivelul identităţii biografice. Eul secund, din nevroze, rămâne în permanenţă sub cupola identităţii globale a persoanei, chiar dacă o tensionează, fapt ce nu mai e valabil în psihozele endogene.

În psihozele endogene e afectată – aplatizată şi distorsionată – structura psihismului conştient. Aceasta apare ca simplificată, marcată de scheme de trăire general-impersonale, diminuată evident din bogăţia şi specificitatea identităţii sale. Subiectul tinde să devină un „oricine". Toţi maniacii şi deliranţi halucinatori au ceva comun. În delirul paranoid, deseori, subiectul se simte urmărit şi persecutat de instanţe abstracte şi suprapersonale, precum mafia, teroriştii, serviciile secrete, extratereştrii; uneori, delirantul chiar formulează sintagma: „**ei** vor să mă distrugă" nereuşind să precizeze cine sunt aceşti „ei". Specificul persoanei, la fel ca şi comerţul său intim şi reciproc dialogant cu cei din jur, se reduce sau dispare complet.

În psihopatologie se întâlneşte şi o altă modalitate de perturbare a structurii caracteriale, şi anume, devianţa pe care o întâlnim în tulburările de personalitate. Acum nu avem însă de a face cu „episoade", cu „stări" în care se dezorganizează structura caracterială, ci de edificare diacronă, biografică a unei persoane cu „trăsături" dizarmonice în plan structural; adică temperamental, caracterial şi moral. Persoanele psihopate au un mod constant de raportare deviantă la alţii, sine şi lume, fără a se desprinde în mod major, de relaţii şi comunicări cu alţii, cu societatea. Ele se caracterizează prin trăsături de personalitate exagerate, anormale, care condiţionează un comportament interpersonal şi în raport cu societatea care este dissocial în diverse moduri.[42] Aceste trăsături se articulează cu principalele modalităţi sindromatice de tulburări psihice ce se întâlnesc în episoadele maladive ca, de exemplu: anxietatea, fobia, suspiciunea, depresia, mania, indiferenţă (schizomorfă), perfecţionismul ritualic (de tip obsesiv), hiperexpresivitatea (de model histrionic histeric), apato-abulia. Până la un punct, se poate încerca o sistematizare relaţională între sindroame, persoana dizarmonică şi „fenomene psihopatologice" (aşa cum vor fi comentate acestea, începând cu paragraful 5.9.). Persoanele cu trăsături anormale sunt mai predispuse, mai vulnerabile pentru a dezvolta reacţii şi episoade maladive de tip nevrotic sau psihotic, fapt ce a fost, de asemenea, menţionat în cap. 2. Pe de altă parte, în varianta psihopată, persoana dizarmonică are o importantă carenţă morală atât din punct de vedere al virtuţilor, cât şi al raportării etice la celălalt. [43]

Devianţa structurală pe care o exprimă personalităţile dizarmonic psihopate are la bază o distorsiune a tetradei intrapsihice care orientează raportarea subiectului fată de alţii, sine şi lume, aşa cum a fost comentată aceasta la nivelul

[42] A se vedea paragraful 5.8.3.
[43] A se vedea paragraful 5.3.

schematelor cognitive (în paragraful 4.3.2.) şi cum va fi reluată în finalul acestui capitol. Aceeaşi modificare o întâlnim, într-o variată gravă, de ruptură a identităţii şi continuităţii biografice şi în psihozele endogene, mai ales în delirul sistematizat paranoiac. O dată cu această problematică, se revine la tema adusă în discuţie de Jaspers, la începutul sec. XX, a diferenţei – dar a unei diferenţe minime, marcată doar prin depăşirea unei trepte – dintre delirul de gelozie paranoiac endogen şi dezvoltarea reactivă prevalenţială de gelozie a unei personalităţi dizarmonice, de tip suspicios, paranoid, comentariu ce a stat la baza dezbaterii realizate în secolul trecut, între reacţia psihopatologică, „boala" psihică endogenă şi structura dizarmonică de personalitate.

Stările şi trăsăturile psihopatologice pot fi grupate în câteva clase:

a. Aspecte deviante ale poziţionărilor atitudinale (afective), exprimate prin anxietate, depresie, euforie, agresivitate, indiferenţă;

b. Perturbări evidente ale raportării globale a subiectului la lumea umană: derealizarea şi depersonalizarea, dispoziţia delirantă şi alte trăiri paradelirante, indiferenţa apato-abulică majoră;

c. Deficienţe ale raportării intenţionale (în sens fenomenologic-cognitivist) faţă de lume: fobiile, obsesiile, comportamentele impulsive, explozive;

d. Perturbarea majoră, la limită, a intenţionalităţii, tendinţa sa de structurare tematică faţă de lume, aşa cum o întâlnim în delirul nehalucinator şi halucinator, în dezorganizarea sintezei ideo-verbale şi motivaţional comportamentală, în autismul cataton.

Perspectivele psihopatologice menţionate mai sus pot fi corelate şi integrate cu cele de tip nosologic, ce ţin seama de etiopatogenie şi forma tulburării, a căror cadre generale au fost comentate în acest paragraf: reacţia psihopatologică comprehensivă, dezadaptarea şi nevroza, tulburările psihotice endogene, tulburările de personalitate psihopate şi tulburările condiţionate direct organic cerebral.

Modul în care aceste modificări psihopatologice sunt prezentate în perspectivă medicală, ca sindroame standard şi trăsături ale personalităţilor dizarmonice, poate fi dublat de o comentare şi înţelegere din perspectiva antropologică, fenomenologico-cognitivistă, în care putem vorbi, însă nu de „sindroame" – în sens medical –, ci de „fenomene" în sensul unor trăiri comprehensive specific umane.[44] Aceasta implică descifrarea semnificaţiilor şi sensului trăirilor şi

[44] A se vedea comentariile lui Tattosian, din lucrarea citată, pe care autorul le-a reluat şi dezvoltat ulterior, cu insistenţă.

comportamentelor, ţinând cont şi de condiţionările specific umane ale acestor moduri de trăire particulare, anormale, aberante. Ca şi texte de referinţă pentru următoarele paragrafe, menţionăm: lucrările deja menţionate ale lui Tellenbach (104) şi Lăzărescu (139), precum şi textul sintetic recent al lui Kraus (159).

În continuare vom face o nouă prezentare a majorităţii sindroamelor psihopatologice – a celor comentate în paragrafele 2.5.1. şi 2.8.2. (exceptând pe cele legate direct de condiţionarea organic cerebrală) – „sindroame" înţelese acum ca „fenomene umane" în ideea mereu repetată că faptul psihopatologic astfel descris se poate constitui ca o provocare, o temă de meditaţie şi elaborare pentru psihopatologia şi psihologia orientată organicist şi „bazal cognitivistă", care are în vedere, în primul rând, funcţionarea creierului şi a sistemelor de autoreglare a Inteligenţelor Artificiale (această precizare e necesară, deoarece o parte din orientarea cognitivistă, în aspectele sale psihologic umane,este nu doar acceptată, ci integrată în expunerile ce vor urma).

Prezentarea fenomenelor umane care urmează include atât elemente specifice stărilor, cât şi trăsăturilor psihopatologice, cât şi a elementelor de condiţionare a lor, specific antropologice. Prin aceasta, provocarea faţă de psihiatria şi psihopatologia centrată pe biologice – ca mecanism şi condiţionare – se vrea subliniată şi potenţată.

5.9. Modalităţi particulare şi anormale ale subiectului de a fi în lume

5.9.1. Anxietatea

Anxietatea exprimă în mare măsură: deficienţa trăirii lumii ca spaţiu ce susţine şi orientează actele intenţionale semnificante şi pragmatice.[45]

Trăirea anxietăţii acute poate fi comparată cu sentimentul căderii în abis (într-un gol fără capăt), cu alunecarea în direcţia dispariţiei (morţii) propriei fiinţe; sau cu cea a strivirii sale de către lumea ce se precipită spre el (termenul de anxietate şi angoasă derivă de la cel latin de „angustia" însemnând îngustare).

[45] A se vedea paragraful 5.2.3. şi nota de subsol din finalul acestuia.

În derularea dramei anxietăţii, subiectul trăieşte sentimentul unei vulnerabilităţi crescute a fiinţei sale faţă de pericole posibile, dar nedefinite, ce pot veni de oriunde şi oricând, iar „pericolul" conduce la ceva rău pentru subiect, în final, la aneantizare, la moarte (163), (164).

Pentru a proiecta o acţiune – a o viza intenţional şi a o realiza eficient – subiectul conştient trebuie să se poată sprijini pe lumea în care vieţuieşte şi care îi este familiară, ca pe un teren ferm, stabil, cu suficiente „puncte de susţinere", cu o suficientă „acoperire a spatelui", cu repere sau coordonate care să orienteze clar şi sigur direcţiile acţiunilor posibile. Toate acestea presupun o bună cunoaştere a „nişei ecologice umane" în care subiectul e inserat, din care face parte; precum şi accesul la informaţiile necesare, în caz de nevoie. În acelaşi timp, subiectul trebuie să se resimtă ca bine înrădăcinat în sine, sigur pe sine, să cunoască posibilităţile sale efective de acţiune. Adică, abilităţile sale, instrumentele aflate în posesie sau abordabile, şansa de a avea, la nevoie, aliaţi sau sprijin extern.

Este anxiogenă – sau reprezintă un factor ce ar putea induce, favoriza sau potenţa anxietatea, – **orice condiţie care reduce informaţia despre lume, accesibilă subiectului; sau accesul la ea**, în perspectiva acţiunii. Întunericul este o astfel de condiţie, deoarece omul, la fel ca alte animale, îşi bazează informaţiile, în cea mea mare, parte pe văz. Plasarea bruscă într-un spaţiu nefamiliar, necunoscut sau – pentru om – într-unul neaccesibil lingvistic, realizează aceeaşi situaţie. La fel, călătoria pe un drum lipsit de indicatori orientativi, cum ar fi rătăcirea pe un munte fără marcaje sau unde ceaţa face ca acestea să nu poată fi reperate. Transpoziţia bruscă a subiectului într-o lume nouă, necunoscută, e cu atât mai anxiogenă, cu cât lipsesc elementele de orientare şi de acces spre surse de informaţii utile sau spre toposuri protectoare. Pornind de aici, se poate înţelege simplu, faptul că, instalarea bruscă a noutăţii, a unei noi realităţi ambientale are valenţe anxiogene. Mutarea peste noapte a unui bătrân din casa în care a locuit o viaţă întreagă, într-un spital impersonal (lipsit de toate reperele ce-i erau familiare) este anxiogenă, mai ales dat fiind nivelul redus de readaptare, de reorganizare a universului informaţional ce se instalează o dată cu vârsta. La alt nivel, dar pe aceleaşi coordonate, modificările rapide şi brutale pe care le-a introdus industrializarea şi informatizarea, mai nou, schimbările rapide de funcţionare „normală" a societăţilor, potenţează, de asemenea, anxietatea, la nivelul unor anumite grupuri umane, care nu pot ţine pasul sau nu se pot readapta, din mers, acestora. În toate cazurile menţionate, se estompează sau dispar coordonatele ce ordonează existenţa cu sens a persoanei; şi care, odată bine constituite, se refac, pentru unii, cu multă dificultate.

În rândurile anterioare a fost subliniată deficienţa cognitivă care, subminând condiţiile de posibilitate ale acţiunii eficiente, poate sta la baza apariţiei şi întreţinerii anxietăţii. În perspectivă fenomenologică, anxietatea constă din trăirea conştientă a semnificaţiei unui pericol neprecizat. În sfârşit, revenind la specificul intenţionalităţii înţeleasă cognitivist, se remarcă incapacitatea reală de acţiunea firească prin care să se obţină rezultate pozitive, pe care o constatăm în cazul trăirii anxietăţii. Această articulare dintre perspectiva cognitivistă şi cea fenomenologică va fi comentată în următoarele paragrafe ale capitolului.

O altă sursă de anxietate o reprezintă reducerea instanţelor la care poţi face apel cu încredere, sperând sau fiind sigur că vei fi ajutat sau protejat. Orice om normal se bazează pe relaţiile sale fireşti cu alţii, dintre care unele sunt de competiţie, altele de parteneriat, de susţinere şi protecţie, acordându-i într-un fel suport, reazem, sprijin.[46] Dacă dispar partenerii şi persoanele protectoare, subiectul se află într-o situaţie anxiogenă, mai vulnerabil faţă de pericole potenţiale. Aceasta se poate petrece cu ocazia diverselor schimbări de viaţă. Dar şi prin evoluţia existenţei, când alţii – apropiaţi sufleteşte şi pe care te poţi baza – dispar din viaţa ta zilnică din diverse motive (moarte, plecare definitivă, noi orientări, îndepărtare fizică.). Cel mai important sprijin, subiectul îl resimte din partea celor „apropiaţi sufleteşte". Lipsa acestora – de exemplu, a unui soţ protector pentru o femeie cu potenţial anxios – participă la geneza şi întreţinerea unei anxietăţi de fond. Sprijinul efectiv anti-anxios poate veni din partea unor comunităţi sociale, mai ales religioase, care absorb individul într-o solidaritate de grup. Dar şi credinţa în idealuri sau fiinţe transcendente pot da siguranţă, fiind anxiolitice. De aceea, pierderea unor credinţe religioase sau a unor idealuri comunitare poate lăsa individul debusolat, pradă uşoară pentru anxietate. O parte din aspectele menţionate ca fiind potenţial anxiogene poate condiţiona în acelaşi timp şi o stare depresivă.

Buna dotare a subiectului, cu tot ceea ce îi permite să acţioneze eficient, îl asigură faţă de anxietate. Iar lipsa acestora, îl predispune. Fie că e vorba de lipsa de bani, de familie, de casă, de profesie, de abilităţi sociale, de sănătate, de părţi ale corpului, precum ochii, care îi asigură vederea, picioarele, care îi asigură mersul, deficienţa de memorie. Subiectul poate, desigur, să compenseze aceste lipsuri prin mijloace tehnice, prin proteze, printr-un carneţel în care îşi notează adresele, printr-un cărucior cu care se deplasează. Acestea, la rândul lor, pot fi pierdute, deteriorate.

[46] A se vedea paragraful 5.3.

În perspectivă antropologică, anxietatea poate deriva şi din culpă sau ruşine (165). Sentimentul de culpă rezultă dintr-un conflict intrapsihic, exprimând dezacordul moral al subiectului cu cele ce le-a făcut. Sunt posibile şi alte conflicte intrapsihice în raport nu doar cu actele, ci şi cu intenţiile de act ce sunt reprimate de cenzorul conştiinţei morale, într-o modalitate conştientă, preconştientă sau inconştientă. Psihanaliza lui Freud a pus accentul pe această modalitate de geneză a anxietăţii, considerând formarea „simptomelor nevrotice" ca o soluţie surogat a „aparatului psihic" în vederea diminuării tensiunii anxioase, insuportabile pentru subiect. Culpa şi ruşinea marchează o temporară cădere, o insuficienţă (o amputare) a eului, care nu mai e suficient de sigur pe sine, devenind vulnerabil. Anxietatea poate apărea şi atunci când subiectul resimte faptul că nu se poate decide sau nu se mai poate controla pe sine, în diverse perspective ale existenţei sale (comportament social, interpersonal, pulsional etc.).

O modalitate specială a anxietăţii – mai mult antropologică decât psihopatologică – poate deriva din faptul libertăţii de acţiune. În momentul conştientizării faptului că opţiunea (în vederea acţiunii) cade integral în responsabilitatea propriei persoane, omul se poate simţi într-o situaţie limită, marcat de anxietate (Sartre, care a teoretizat această temă, a formulat sintagma „omul este condamnat la libertate") (166).

Reluăm în discuţie, pentru că e necesar, faptul că, în trăirea anxietăţii, subiectul se simte desprins de lume, alunecând din ea spre abisul nefiinţei. Se poate reveni la metafore, precum: „pământul fuge de sub picioare", „parcă mă prăbuşesc în gol, într-o prăpastie fără fund" etc. Chiar dacă aceste trăiri au şi o bază biologică („reflexul de ascensor"), trăirea anxietăţii ca o cădere în abis, în nefiinţă, a putut fi comentată în mod pertinent (de către Heidegger) ca exprimând o mixtură între fiinţare şi nimic (=neant, nefiinţă) (167). De fapt, e vorba de sentimentul alunecării spre moarte, aşa cum e acesta trăit în atacul de panică; iar moartea conduce, evident, la nefiinţă. Relaţia între fiinţă şi nimic (nefiinţă), pe care anxietatea o relevă (mai ales în formele sale paroxistice de tipul atac de panică), este o temă de meditaţie care articulează psihopatologia nu doar de antropologie, în sens generic, ci şi de ontologie (127), (128).

Omul, ce trăieşte anxietatea, se află, de obicei, într-o situaţie care reduce cunoaşterea lumii umane la care are acces, înţeleasă, în primul rând, ca spaţiu al unor acţiuni posibile. Sentimentul dominant e cel al trăirii unui pericol neidentificat ce duce, pe diverse căi, spre moarte; iar formula cea mai brutală şi scurtă e sentimentul prăbuşirii în gol, resimţit ca prăbuşire în neant. **Temporalitatea trăită se ratatinează pe un prezent minuscul, orientat exclusiv spre un viitor**

imediat şi incert, de care subiectul se agaţă şi în care proiectează, imaginar, posibile întâmplări nefavorabile pentru el şi pentru cei ce-i sunt apropiaţi sufleteşte. Viitorul e trăit sub semnul unei continui îngrijorări. Individul e nesigur de sine, uneori cu sentimentul pierderii identităţii, a depersonalizării. Această trăire anulează toate structurile ierarhice ale persoanei, care se simte acum redusă la corporalitatea sa, aflată, şi aceasta, în tensiune şi pericol. Câtă vreme anxietatea nu e majoră, corpul e menţinut într-o continuă stare de încordare, tensiune, de hipervigilitate investigatorie. Muşchii nu se pot destinde, privirea caută în toate direcţiile, auzul surprinde orice zgomot; individul nu poate sta locului – nu se poate relaxa – explorând perpetuu ambianţa, dar fără a putea întreprinde şi rea-liza acţiuni eficiente. Când ne apropiem de angoasă, de atacul de panică, inima bate cu putere şi neregulat (cu sentimentul subiectiv că s-ar putea opri dintr-un moment în altul), respiraţia e accelerată, subiectul parcă se sufocă, picioarele tremură – împreună cu întreg corpul ce e cuprins de transpiraţii – tonusul muşchiular scade (parcă „se taie picioarele"), apare senzaţia de vertij, de cădere în gol. Trăind anxietatea, subiectul resimte intens nevoia de a apela la un „altul", protector. De unde, o aparentă hipersociabilitate. Vizarea şi formularea de obiective, precum şi angajarea în acţiuni cu scop şi sens, sunt foarte grav deteriorate (practic, scoase din discuţie). La fel, evaluările valorice, responsabilitatea şi creativitatea.

Anxietatea, aşa cum a fost prezentată, ca anxietate anticipativă, este o instanţă limită a unor trăiri normale, anormale sau marcat psihopatologice, ce se agregă într-un pol al trăirilor anxioase. Deşi acestea vor fi comentate în paragrafele următoare, menţionăm însă, de la acest nivel, câteva aspecte: trăirea cea mai apropiată de anxietate este fobia, în care pericolul resimţit de subiect este mai mult sau mai puţin concretizat în teme – elemente, „obiecte" ale lumii, ce pot fi identificate şi dinspre care emană ceva rău, agresiv, distructiv pentru subiect. Există multiple împrejurări în care anxietatea şi fobia se conjugă, cu predominanţa uneia sau alteia; aşa e, de exemplu, cazul anxietăţii de separare şi de contact evidenţiabile deja după 8 luni şi în decursul întregii copilării. La nivel de intensitate nevrotică, distincţia e, de cele mai multe ori, posibilă. Fobicul alunecă în anxietate, pe măsură ce se apropie de zonele antropologice în care obiectul fobogen poate apărea cu mai mare probabilitate. Astfel, în plină normalitate, anxietatea poate creşte cu cât se apropie ziua unui examen important sau a plecării într-o călătorie plină de necunoscute, iar în agorafobie, ea creşte pe măsură ce subiectul se îndepărtează de casă.

Dacă ne mutăm din perspectiva situaţională înspre cea structurală (caracterial-biografică), anxietatea se articulează cel mai strâns cu nesiguranţa

de sine, cu lipsa de încredere, de înrădăcinare, de sentiment al identităţii cu sine. Evident, personalitatea se află acum în minus, la nivelul său structural. Dar acest minus e prezent în toate ariile fundamentale psihopatologice, ceea ce e specific la acest nivel – al anxietăţii – este sentimentul constant al nesiguranţei şi neîncrederii în sine, al orientării spre nevoia de protecţie, sprijin, suport etc., exterior, din partea altora. Fapt ce poate difuza în direcţia unor multiple tipuri de personalitate dizarmonică.

Anxietatea e corelată cu trăirea depersonalizării – a sentimentului pierderii identităţii cu sine – atât în normalitate, cât şi în patologie, ca fază tranzitorie spre clarificarea sau descoperirea unei alte identităţi (sa a unui alt fel de a fi, mai precis determinant). Ea face corp comun şi cu trăirea derealizării, mai ales dacă aceasta evoluează în direcţia unei „dispoziţii delirante", a presentimentului apariţiei unei catastrofe. Depresia şi anxietatea se conjugă în aproape jumătate din cazuri, deşi, în forma lor pură, paradigmatică, între ele există multiple diferenţe (între altele, anxietatea e trăită în manieră adânc paranoidă, de negare a propriei existenţe).

Modalităţi aparte de conjuncţie între anxietate şi fobie întâlnim în cazul „fobiei sociale", a persoanelor evitante şi a trăirilor de tip relaţional în care subiectul are impresia că „ceilalţi" îl privesc în mod deosebit şi-l comentează nefavorabil. Cele mai particulare combinaţii le întâlnim în aria tulburărilor paradelirante de tip paranoid, când subiectul se simte pus sub supraveghere; apoi, în cea a delirului paranoid. În acest caz, predomină însă fobia, anxietatea fiind doar un acompaniament al acesteia. Şi aceasta deoarece acum este clar, pentru subiect, că împotriva sa se acţionează dinspre lumea exterioară, în zona şi prin elementele ce le poate identifica; în cele din urmă, chiar când aude halucinaţii care-l ameninţă cu moartea, el este predominant fobic şi doar secundar anxios.

Prezenţa anxietăţii în alte arii psihopatologice, cum ar fi cea a obsesionalităţii, va fi menţionată în paragrafele respective. Pentru moment, credem că e de reţinut caracterul specific al tulburării anxietăţii propriu-zise, care antrenează, în modalitate impersonală, existenţa subiectului într-un vertij negativ, în direcţia aneantizării.

5.9.2. Fobia

Prin fobie se înţelege o frică patologică intensă, insuficient sau deloc motivată conştient, necontrolabilă în condiţiile confruntării cu obiectul fobogen, dar beneficiind de conduite de evitare şi asigurare. Astfel, apare fobia în tulburările

de intensitate şi formă nevrotică. Dacă are loc întâlnirea cu obiectul sau situaţia fobogenă, se poate declanşa o anxietate acută, un atac de panică sau comportamente ce nu mai pot fi controlate de subiect. Fobia în forma sa uşoară şi medie menţine persoana mult timp şi în multiple arii ale lumii sale umane fireşti de existenţă, diferenţiindu-se astfel, până la un punct, de anxietatea anticipatorie. Atât doar că lumea interrelată pragmatic (cunoscută, reprezentată, imaginată) a subiectului se divide acum în două zone distincte: a) cea în care „obiectul fobogen" nu există, nu apare, nu e previzibil şi aşteptat; prin aceasta, zona (spaţială) existenţială respectivă rămâne una a securităţii, liniştii, a refugiului în caz de pericol şi în care subiectul poate acţiona degajat, neperturbat; b) zona (spaţială) în care „obiectul fobogen" este prezent de obicei sau poate apare cu importantă probabilitate; şi care deci este o zonă existenţială a nesiguranţei, aşteptării tensionate, hipervigilenţei, aflată sub cupola anxietăţii anticipatorii; contactul cu „obiectul" fobogen ce declanşează atacul de panică; această zonă (spaţială) a lumii personale este una în care acţiunile eficiente se desfăşoară cu dificultate sau sunt chiar inhibate. Cele două lumi există concomitent pentru subiectul marcat de fobie, el mişcându-se între ele cu un anumit grad de libertate de acţiune, mai mare sau mai mic (168) (169). Partajarea menţionată ridică în prim plan – la fel ca şi în cazul anxietăţii şi poate într-o manieră mai subliniată – problema perturbării spaţialităţii existenţiale. Temporalitatea trăită e alterată doar în incidenţa în care ea era manifestă şi în anxietate.

În mod firesc, toposurile lumii sunt, pentru orice persoană, diferenţiate prin semnificaţia lor: biserica e diferită de piaţă, şcoala de teatru, casa de stradă sau de locul de muncă. Mai ales, casa e un topos special, prin faptul că e o zonă intimă, familiară (şi familială), de obicei cu valenţe protectoare. Până la un punct, la fel e şi locul de muncă, dacă e unul stabil, cu persoane cunoscute şi de încredere. Mai pot exista şi alte locuri cu care subiectul e bine familiarizat şi în care întâlneşte de obicei persoane cunoscute şi prietenoase. În toate acestea, el se simte în siguranţă. În schimb, strada, piaţa şi zonele publice, în general, sunt marcate de prezenţa unor oameni necunoscuţi şi de riscul de a se petrece evenimente neprevăzute, poate chiar periculoase, reprezentând spaţii antropologice mai nesigure. Se poate structura astfel, una din cele mai frecvente şi cunoscute fobii, şi anume, agorafobia înţeleasă în sens larg, ca frică de spaţii publice. Deplasarea singur prin acest „domeniu" (170) induce o anxietate ce poate culmina cu un atac de panică. Şi de aceea, subiectul evită această zonă sau se asigură când e nevoită să o parcurgă. De fapt, la structurarea agorafobiei concură mai mulţi factori. Copilul, de după 8 luni, trăieşte o anxietate la separarea de

mamă şi o anxietate (ce se apropie de frică) la simpla apariţie a unor persoane necunoscute. Anxietatea de separare se poate amplifica şi diferenţia ulterior, în sensul de a se manifesta ori de câte ori individul se îndepărtează de locurile familiare şi protectoare, de casă, de exemplu. Iar anxietatea de contact poate apărea în toate locurile necunoscute, noi, departe de casă, unde apar mereu persoane şi situaţii necunoscute, imprevizibile, de necontrolat. Persoanele care realizează în copilărie un ataşament sigur faţă de mamă (prin „inner working model", deci printr-o reprezentare în propriul psihism a imagoului matern ca „al cuiva" securizant) sunt mai puţin predispuse faţă de anxietate şi fobii. Şi la fel, cele care continuă să asimileze imagouri securizante, care, prin identificarea cu părinţii, nu preiau de la aceştia un „supra-eu" tiranic (în sensul psihanalizei), ci modele de autocontrol comprehensive. Dar, tot prin identificare – urmată de învăţare (modelare), se pot prelua de la părinţi modele comportamentale securizante sau fobogene. O altă sursă de „anxietate – fobie" poate fi generată de prezenţa în anumite configuraţii spaţiale fizico-antropologice. Astfel, faptul de a te afla la un moment dat într-un spaţiu îngust şi fără posibilitate imediată de plecare – cum ar fi o cabină de ascensor – poate declanşa anxietatea, tocmai pentru că blochează şansele de acţiune, de refugiu şi fugă, în cazul unui pericol eventual. La fel se petrec lucrurile într-un autobuz sau tren aglomerat, într-o sală de spectacole sau într-un avion. Toate acestea se realizează frecvent în spaţiile publice din afara casei. Trăiri anxioase – ce se transformă în fobii – pot apărea la anumite persoane şi când trebuie să parcurgă spaţii largi – o piaţă goală – fără a avea puncte de sprijin fizice, suficiente; sau când parcurge spaţii sub care se află adâncimi, pe o punte îngustă, într-o cabină de teleferic. Pe lângă aceste fobii „spaţiale", există şi alte fobii speciale ca, cele de animale (câini, cai, şoareci), de foc, apă, trepidaţii, tunete (172), (173). Uneori, aceste frici pot rezulta din experienţe de viaţă neplăcute, fiind, de obicei, învăţate din experienţă trăită; alteori se realizează prin mecanisme de proiecţie şi fixare pe obiecte exterioare a unor anxietăţi ce rezultă din conflicte interioare. Dar oricum – cel puţin din punct de vedere statistic –, şansa de a întâlni obiecte sau situaţii fobogene e mai mare în afara casei.

O formă specială şi frecventă de fobie este aceea în care individul trebuie să se manifeste în faţa unor persoane mai puţin cunoscute: să vorbească în public sau să mănânce, să scrie, când sunt de faţă persoane puţin familiale, să folosească WC-uri publice, să stea într-un prezidiu etc. (174). Fobia de examene – de a răspunde la întrebări în faţa unui examinator, în prezenţa altora – este şi ea, în bună parte, o fobie socială. Deseori, în aceste împrejurări, subiectul roşeşte,

ceea ce duce la fobia secundară, de a nu roşi în public (= ereutofobie). Fobiile sociale derivă din sentimentul neplăcut de a fi în centrul atenţiei altora, care te privesc şi, posibil, te evaluează (în presupoziţia fobicului, într-o manieră negativă).

Fobia socială apare la anumite tipuri de persoane particulare (patologice), mai frecvent la cea cu trăsături evitante. La aceasta se poate identifica o anumită configurare particulară a tetradei (cognitive) ce marchează structura persoanei, în sensul că, subiectul are în permanenţă impresia că alţii îl evaluează negativ.

Atât în ipostaza circumstanţială, cât şi în cea structural-caracterială fobicul resimte că ameninţarea, agresivitatea distructivă vine, în mod explicit, de undeva din exterioritatea lumii, fapt ce marchează diferenţa faţă de trăirea anxietăţii. De aceea, el resimte nevoia de a avea un sprijin constant într-o altă persoană, sigură de sine, puternică şi protectoare, la care să poată apela ori de câte ori resimte nevoia. Spre deosebire de anxiosul care se „agaţă" circumstanţial de „oricine" – în sens de altă persoană în care speră sau presupune să găsească o posibilitate de anulare a căderii sale spre nefiinţă – fobicul îşi doreşte şi îşi pregăteşte, întreţine, una sau mai multe relaţii securizante, care apar sub forma unui „sprijin de braţ" ori de câte ori e nevoie. Totuşi, orice frică este şi ea, în cele din urmă, o frică de moarte, de aneantizare (deşi se pot identifica şi etape sau nivele ce duc în această direcţie, cum ar fi, frica de a se face de ruşine – deci de ai scădea demnitatea sau frica de boală). În general, omul poate muri din diverse cauze ce derivă din lumea în care trăieşte: înecat în apă, ars de foc, muşcat de animale, căzând în adâncuri, fiind strivit de pereţii ce se prăbuşesc peste el etc. Dar forma paradigmatică de situaţie fobogenă este, pentru om, frica de o altă persoană, de un duşman care-l ameninţă cu moartea. Confruntarea poate fi situaţională, cei doi oponenţi fiind gata să lupte pe viaţă şi pe moarte, fiecare încărcat de agresivitate şi de frică. Dar, raportarea fobică faţă de altul – faţă de duşmanul ameninţător – poate fi transsituaţională, atunci când subiectul ştie că există un duşman care-l urmăreşte constant, pentru a-l omorâ sau pentru a-i face un mare rău. Cel urmărit se poate afla în defensivă, cu o agresivitate mai redusă dar nu absentă, de vreme ce luptă pentru a supravieţui. Motiv pentru care se află mereu în tensiune, gata de apărare, ripostă, evitare etc.

Persoana ce trăieşte în universul fobic, indiferent de tipul de fobie, este orientată spre exterior, spre lumea în care se poate identifica, chiar dacă cu aproximaţie, zonele cu mare potenţial de periculozitate. O astfel de persoană intră frecvent într-o tensiune de aşteptare, crispându-se printr-o adunare psihic interioară – pe limitele propriului său eu-corp, pe care intenţionează să le apere,

prin acţiune, de pericolul ce-l ameninţă. Fobicul tinde spre o delimitare fermă şi, în acelaşi timp, tensionată, ameninţând tot timpul un anumit potenţial agresiv propriu. El încearcă să ţină realitatea, la care are acces, „sub control", fapt pentru care dezvoltă deseori programe de punere în ordine, curăţenie şi clarificare a ambianţei. Crisparea sa de autoapărare care îngroaşă, prin agresivitate, limitele propriului eu, uneori poate depăşi nivelul controlului, prin izbucniri agresive „preventive", de ţinere la distanţă a agresorului potenţial, imaginat sau real.

Frica de alţii poate căpăta intensităţi majore în delirul relaţionali în cel paranoid, inclusiv în toate formele paradelirante ce se articulează cu acestea. Subiectul are convingerea „tematică" privitor la faptul că alte persoane îl privesc special şi îl comentează nefavorabil, îl supraveghează, înregistrează, îl ţin sub observaţie sau îl urmăresc, vreau să-i facă ceva rău, să-l aresteze, tortureze, închidă, să-l omoare într-o anumită formă. Deşi, se combină strâns cu anxietatea, fobia psihotică domină scena trăirilor. Spre deosebire de fobia „nevrotică", ea nu mai e aşa de intens legată de anumite toposuri ale lumii înconjurătoare, depăşind în mare măsură şi caracteristicile situaţionale ale acesteia. Totuşi, referirea la exterioritatea lumii se menţine. Unii deliranţi resimt că sunt priviţi jignitor pe stradă, alţii sunt convinşi că, la serviciu, colegii îşi fac semne între ei şi discută despre el, batjocorindu-l în lipsa sa. La fel, urmărirea are loc de obicei pe stradă, supravegherea e realizată prin camere video, prin microfoane implantate în uşă sau prin persoane substituite, otrăvirea se produce prin mâncare. Şi totuşi, sentimentul pericolului, al agresiunii ce vine din partea altora, e mai puţin precizat – tematic şi spaţio-temporal – decât în fobia nevrotică. De aceea şi mixtarea cu anxietatea – care şi ea capătă o formă de trăire specială – este deosebit de importantă. Această invazie fobic-anxioasă din partea „celorlalţi", ce populează universul delirant, frânge de obicei continuitatea biografiei, ceea ce în situaţie nevrotică nu se petrece.

În afara conjuncţiei cu anxietatea – în formula nevrotică şi în cea psihotică – fobia nu are multiple alte articulări psihopatologice. Ea nu se corelează în depresia, în care subiectul e dezinteresat de lumea exterioară care este principala preocupare a fobicului. Există însă intricări cu obsesia, în cadrul căreia sunt prezente o serie de „fobii anancaste", corelate compulsiilor şi ritualurilor. Astfel, e fobia de microbi – murdărie, ce conduce la ritualul spălărilor repetate a mâinilor, cea de obiecte ascuţite (pentru a nu le folosi împotriva altora), de înălţime (pentru a nu se arunca în gol). Se relevă un tip special de fobie, sub forma fricii de sine însuşi, de a nu face ceva necontrolat şi nedorit (tot aici se plasează fobia anancastă, de a nu-şi omorî propriul copil).

În concluzie, universul fobiei plasează omul în mijlocul lumii, dar cu o intenţionalitate frântă. El se află mereu în defensivă, nu se poate manifesta spontan, degajat, proiectiv-creativ. El stă crispat (pe sine, dar) în faţa lumii, pe care intenţionează să o ţină sub control, se asigură mereu şi apelează multe precauţii, pentru a se asigura că nu este invadat de pericolul, mai mult sau mai puţin ştiut, ce vine dinspre exterioritatea lumii.

În continuare vom comenta trăirile centrate de obsesie. Se cere subliniat că patologia comentată ca fiind propriu-zis – restrictiv-anxioasă cea fobică şi cea obsesivă (împreună cu altele, cum ar fi „reacţia de stres posttraumatic") sunt reunite de unele şcoli într-un grup al „tulburărilor anxioase în sens larg". Aceasta, deşi obsesionalitatea pare a fi mai apropiată de depresie decât de anxietate. O abordare contemporană, larg deschisă spre interpretare, o întâlnim într-o carte recent apărută în România (174).

5.9.3. Obsesia

Dacă în cazul anxietăţii, problema acţiunii nici nu se poate pune, subiectul simţind cum alunecă din lume, iar în condiţiile fobiei, el trăieşte în mod constant crispat, în poziţie de apărare (fugă sau evitare), în contextul unei lumi polarizate, între zone periculoase şi sigure, – fapt ce modifică viaţa firească, activă a omului – o dată cu obsesionalitatea, ne plasăm în însăşi inima perturbării acţiunii. E prezentă, acum, o blocare, o disfuncţionalitate a intenţionalităţii, în sens de vizare semnificantă, dar mai ales în sensul derulării acţiunii eficiente. Atât în perspectivă fenomenologică, cât şi cognitivistă, subiectul obsesiv se decide cu multă dificultate, e în dezacord cu unele din trăirile şi motivele sale, trece cu greu la act, se răzgândeşte frecvent şi, cel mai des, nu finalizează ceea ce a început, „învârtindu-se în cerc" şi ne-progresând spre realizare. Spre deosebire de fobic, depresiv, maniacal, histrionic, delirant etc., el nu are o poziţionare „thetică", care să orienteze într-o anumită direcţie raportarea sa la lume, preselectând sau interpretând distorsionat informaţiile (a se vedea comentariul ce se face în paragraful 5.10. privitor la delir); atitudinea sa în raport cu lumea, cu realitatea, este una „imparţială", obiectiv – recte, constatând şi în acelaşi timp dubitativ, fiindu-i foarte greu să ierarhizeze valoric datele lumii pe care le receptează. Timpul trăit este rotitor (175), lumea trăită ca spaţiu al acţiunii posibile apare ca fiind greu accesibilă, identitatea e incertă, dată fiind duplicitatea ego-distonă, „celălalt" e ţinut la distanţă, sub semnul politeţei şi ambivalenţei.

În prim plan, nu sunt perturbate atât „semnificaţiile" intenţionalităţii în raportarea la lume, ca în fobie, ci blocată, dedublată şi fragmentată şansa realizării obiectivelor actului intenţional (176).

Indecizia, nehotărârea, ambivalenţa, ambitendenţa sunt marca iniţială şi bazală a obsesionalităţii, înţeleasă atât ca modalitate de existenţă a persoanei – deci în sens structural, personalistic, al „tulburărilor de personalitate" –, cât şi în sens circumstanţial, evenimenţial, al stării de „episod psihopatologic". Lipseşte spontaneitatea trecerii de la motivaţia şi argumentarea ce vizează obiective şi sensuri, la acţiunea capabilă de a le realiza. Indecizia se corelează strâns cu nesiguranţa; de unde, o posibilă apropiere de anxietate. Aceeaşi corelaţie o mai întâlnim la capătul acţiunii obsesivului, când subiectul nu e sigur că ceea ce a făcut e bine terminat, fapt ce conduce la repetate verificări. În plus, o anumită anxietate fobică poate deriva din conţinutul terifiant al unor trăiri obsesiv-compulsive, fie că e vorba de reprezentări catastrofice, fie de intenţii de acte agresive în raport cu altul şi cu sine; şi pe care subiectul le resimte înspăimântat, cu profundă dezaprobare conştientă, ego-distonă. Obsesia este, în esenţă, o trăire conştientă ce se impune eului ca derivând din sine, dar fără intenţia, dorinţa şi acceptul său propriu. Subiectul luptă fără succes împotriva ei; astfel încât, respectiva trăire revine recurent, el consumându-şi existenţa în această confruntare continuă şi repetată cu ceva ce emerge din el însuşi şi de care, în acelaşi timp, se dezice. O amintire sau o reprezentare obsesivă repliază persoana pe sine, sustrăgând-o de la preocuparea raportării active, pragmatice şi cu sens (semnificaţie) la lume. Şi la fel, o ruminaţie ideativă obsesivă ce se derulează de obicei sub forma unor întrebări pe subiecte abstracte şi fără răspuns evident sau testabil: există Dumnezeu? există viaţă după moarte? există extratereştri?!...

În obsesionalitate, individul uman trăieşte într-o paletă distorsionată, raportarea sa la lumea ce îi este corelativă; prevalează nu atât preocuparea pentru lumea manifestărilor exterioare, comunitare, productive şi atenţia majoră şi persistenţa acordată lumii, pe care subiectul a interiorizat-o, care face parte din propria-i persoană (ca amintire, reprezentare, imaginare, intenţie, proiect eventual). Oricum, legătura cu lumea umană „exterioară", cu cea faţă de care ar trebui să se articuleze prin acţiune, în mijlocul logosului comunitar, este perturbată, fiind greu de atins.

În sensul celor afirmate mai sus, sunt parţial corelate cu acţiunile posibile şi reale, ruminaţiile care prefigurează derularea unui eveniment şi comportamentul subiectului în situaţia eventuală respectivă. De exemplu, în cazul unei întâlniri importante, subiectul imaginează ce va spune, ce eventualităţi de răspuns

va primi, cum va reacţiona el, la acestea, în variate moduri. Pentru ca, în final, totul să se deruleze altfel decât a fost prefigurat şi analizat zile în şir. Iar ulterior, ruminaţia să reia cele întâmplate, într-o continuă analiză retrospectivă: ce s-ar fi întâmplat dacă aş fi făcut sau răspuns cutare sau cutare lucru? De ce nu am reacţionat aşa sau aşa? În această perspectivă, obsesivul trăieşte frecvent ruminaţii morale. Pregătirea intenţională a actului, prin care subiectul e prezent în lume şi îşi structurează actualitatea trăită – precum şi analiza retrospectivă a celor trăite – ocupă un loc preponderent în conştiinţa prezentului trăit. Aparent, axa temporalităţii proprii apare în prim plan ca perturbată. Obsesivul trăieşte aproape în permanenţă un „prezent slab", prin care prepară viitorul sau analizează trecutul ce-i revine mereu, fără voia sa, în conştiinţă (situaţia standard în normalitate a trăirii obsesive poate fi considerată „mustrare de conştiinţă" „ruminaţia morală" în raport cu cele făcute). Pentru înţelegerea trăirilor obsesive, această referinţă la perturbarea trăirii temporalităţii şi a ineficienţei acţiunii efective e aproape mai importantă decât cea a trăirii lumii ca „spaţiu-al-acţiunilor-posibile", aşa cum se petreceau lucrurile în anxietate şi fobie.

O arie importantă a trăirilor obsesive se apropie de situaţia acţiunii propriu-zise, fără ca aceasta să se realizeze efectiv, performant. E vorba de compulsii şi ritualuri. Trăirea compulsivă constă în faptul că, subiectul resimte cum, din interiorul fiinţei sale se manifestă o intenţie de act, de obicei agresivă şi reprobatoare (de a înjura în biserică sau în zone publice, de a lovi pe cineva aflat în faţă, de a folosi un obiect ascuţit sau tăios pentru a agresa pe altul sau pe sine, de a rupe sau sparge ceva, de a da foc, de a-şi omorî propriul copil. Desigur, el se luptă cu aceste tendinţe şi nu cedează compulsiei; sau, realizează actul doar într-o manieră simbolică, deviată de la orice finalitate reală. Lupta cu compulsiile ocupă aproape tot timpul existenţei sale, care pierde şansa unei structurări temporale ferme a prezentului trăit, pentru care esenţial este actul în derulare şi cu un final realizat; astfel încât, obsesivul trăieşte într-o cvasi-temporalitate circulară. Această circularitate neprogresivă a timpului trăit (175) de o persoană obsesivă devine şi mai evident cu ocazia ritualurilor. Acestea sunt „mini-acte" fără scop eficient, sau cu unul aberant, cu valoare magic simbolică, aşa cum ar fi numărătoarea unor aspecte din cele percepute şi/sau făcute: de exemplu, a scărilor urcate; numărătoarea până la o cifră sau multiplul acesteia (care poate creşte exponenţial), înainte de executarea unui act, chiar banal; un ritual obsesiv poate fi şi faptul de a executa unele mişcări corporale de câteva ori, a merge trei paşi înainte şi trei înapoi, a învârti limba în gură de 2x2 ori înainte de a deschide uşa, sau de a pune o placă pe magnetofon.

Cel mai cunoscut ritual este cel al spălării repetate pe mâini (ablutomania). Subiectul resimte cum persoana sa, la nivel corporal, a devenit vulnerabilă pentru murdărie, microbi; şi încearcă, prin repetiţia spălării, să se purifice. (Şi Macbeth, din piesa lui Shakespeare, după crimă, se spală pe mâini!) Tot în formele maligne de obsesionalitate a fost descris aşa-zisul „delir de atingere şi contaminare". Contactul cu o persoană sau cu „ceva", care este resimţit ca „impur" şi murdar, conduce la spălări repetate ale hainelor, la abandonarea acestora, a locuinţei chiar, uneori a localităţii, toposul uman respectiv fiind lovit de malignitatea magică a infestării cu „ceva" periculos.

În esenţă, obsesivul se consumă luptându-se cu sine, absorbit într-o repliere pe interioritatea lumii sale proprii, articulată doar parţial cu acţiunea, fostă sau posibilă, cu neglijarea sau „punerea între paranteze" a lumii umane în care vieţuieşte, de fapt; şi în care ar trebui să acţioneze firesc şi în mod continuu. Fobicul, în schimb, se poziţionează crispat „în faţa" lumii sale umane date, exterioare, care are multiple zone resimţite ca fiind un pericol posibil sau cvasi-real. Între aceste două orientări extreme, cazurile de compulsie menţionate, ritual şi comportament obsesiv intricat cu fobia reprezintă aspecte speciale care aduc în discuţie tocmai delimitarea între interiorul subiectivităţii conştiinţei şi exteriorul lumii percepute; în cadrul căreia, subiectul se relaţionează şi acţionează în multiple modalităţi. La acest nivel se infiltrează un tip special de „depersonalizare" (177), pe care Göppert a numit-o „depersonalizare de fundal" în sensul că, în spatele multitudinii trăirilor obsesive se află un „gol interior" astfel încât, dacă acestea dispar nu mai rămâne decât un vid sufletesc. În acest sens, formele maligne de obsesionalitate se apropie de unele trăiri ale schizofreniei negative, ce vor fi comentate în finalul acestui capitol. Din perspectiva identităţii persoanei, aceste limite se plasează la nivelul bazal al schemei corporale, ce conturează înspre exterior propriul „eu-corp-subiect". De unde şi tulburările menţionate privitoare la fobia de murdărie-microbi (corelată cu ritualul spălării mâinilor), precum şi cea de contaminare. Limitele propriului corp se extind apoi spre spaţiul intim al interiorului casei sau camerei proprii. Pentru a nu exista pericole în această zonă a „corpului-lărgit", totul trebuie să fie sub control, curat şi bine ordonat. Fiecare obiect din cameră trebuie să rămână în locul său fix, orice schimbare fiind resimţită ca anxiogenă, ca o posibilă cale deschisă invaziei pericolelor. Toate trebuie să rămână la locul lor fix, pentru ca, în spate, să nu se ascundă nimic necunoscut şi pentru ca orice pericol să poată fi la timp neutralizat eficient! Odată pornit pe acest drum, nu mai există limite: tacâmurile la masă trebuie aşezate mereu în aceeaşi poziţie, anumiţi pantofi trebuie să stea doar

într-un anumit loc etc. Persoana ce trăieşte obsesional, atât în perspectivă situaţională, cât şi structural-caracterială este invalidă în ceea ce priveşte performanţa în acţiune, domeniu care este chiar cel de care subiectul este preocupat prevalenţial. Gospodina ce spală mereu totul şi face continuu curăţenie se poate spune că are trăsături caracteriale de personalitate „fobic-anxios-obsesionale". Ea nu este însă o „Hestia" care să fie focul de întreţinere eficientă şi calmă a unui cămin liniştit, securizant, bază pentru reculegere într-o atmosferă de siguranţă. În cazul în care obsesivul, totuşi, acţionează – depăşind nesiguranţa sa anxios-fobică – el o face într-o manieră algoritmic rigidă, fără a se mai abate de la proiectul iniţial, pentru reevaluări şi modelări ale strategiilor, aşa cum se petrec lucrurile în orice sistem cibernetic cu autoreglare, inclusiv în cazul persoanei umane. Dacă acţionează, obsesivul este ordonat, rigid, perfecţionist, inflexibil, la fel ca şi destinul (de unde şi expresia de „anankast", pe care psihopatologii germani au atribuit-o acestui gen de acţiune, pornind de la semnificaţia greacă a cuvântului „Ananké").[47]

Aspectul menţionat – o dată cu prezentarea problematicii contaminării – în care subiectul îşi simte limitele corpului-eu ca fiind vulnerabile, se manifestă şi în cadrul relaţiilor interpersonale. Anxiosul se bazează oricând pe ajutorul altuia, chiar necunoscut, pe care-l solicită pentru a-i fi aproape şi a-l proteja. Fobicul resimte mereu nevoia unei persoane de încredere care să fie lângă el, a unui „sprijin de braţ" continuu.

Obsesivul însă resimte apropierea psihologică (chiar afecţiunea sufletească) a celuilalt în raport cu sine ca un pericol. El pretinde, şi în acest domeniu, ordine şi distanţă faţă de celălalt, pentru a nu fi invadat de imprevizibilul anxiogen cu care sufletul unei alte persoane l-ar putea contamina. De aceea, anankastul îi ţine pe alţii, în mod constant, la o anumită „distanţă psihologică" prin politeţe, prin identificarea sa cu roluri sociale care-i permit să se prevaleze în permanenţă de norme, reguli, regulamente şi diverse strategii prin

47 „Relaţiile de ordine" stau într-un fel atât la baza „spaţialităţii", cât şi a „temporalităţii", fapt intuit de Leibniz. De aceea, perturbarea lor în obsesionalitate induce perturbări, în egală măsură, în timpul trăit şi în spaţiul trăit. Şi la fel, preocuparea prevalentă a obsesivului pentru ordonare, programe, organizare etc., fie că e menţinută rigid (în cazul anankastului), fie că e o tentaţie niciodată realizată (în cazul psihastenului). Nici într-un alt domeniu al psihopatologiei,problematica ordinii nu e la fel de amplu prezentă ca în cazul obsesionalităţii. La fel, de altfel, ca problematica matematico-aritmetică a numărătorii şi încărcăturii magice a numerelor, fapt ce ar putea să aibă legături şi cu substratul organic cerebral al acestei perturbări psihice.

care să evite intimitatea; pe care el o îndepărtează, o ocoleşte de facto, pentru că nu are o proprie intimitate (178), (179), pentru că structura de unu-multiplu a persoanei sale e aplatizată, „celălalt" şi ceilalţi fiind subsumaţi categoriei abstracte de „alţii", topită în statuturi şi roluri sociale („ceilalţi" nu depăşesc nivelul „tematic", pentru a fi în relaţionări efectiv trăite). Prezenţa imagourilor altora în sine, deschisă prin relaţia de ataşament (prin „inner working model"), este, în acest caz, cvasi-absentă. Relaţia de ataşament, nesigură sau dezorganizată – absentă chiar – favorizează tocmai această situaţie în care se formează cu greu, într-o manieră distorsionată şi fragilă, diagrama intim-public, ce ar trebui să definească orice psihism conştient, bine structurat şi echilibrat. Această deficienţă în relaţionarea interpersonal afectivă se realizează sub semnul unui presentiment al propriei vulnerabilităţi. Deşi nu resimte constant că este ameninţat din exterior de un pericol, mai difuz sau mai determinat, aşa cum se petrec lucrurile în anxietate şi în fobie, subiectul nu poate fi relaxat, resimţind lumea exterioară ca fiind periculoasă, prin faptul că nu e suficient de controlabilă. De unde şi tentaţia sa de a controla totul. Dar această raportare se realizează sub semnul unei anumite agresivităţi. „Ţinerea la distanţă" a celuilalt, prin politeţe şi formalism, este expresia tocmai a acestei agresivităţi funciare, ambivalente, deoarece este, în acelaşi timp, de apărare şi dominare. Modelul de acţiune şi raportare interpersonală, rigidă, perfecţionistă şi formalistă, descris deja la anankast, are şi o variantă simetrică ce se înscrie în aceeaşi zonă de fenomenologie psihopatologică. E vorba de persoana indecisă şi ambitendentă ce se apucă, în acelaşi timp, de mai multe lucruri, părăsindu-le şi reluându-le progresiv, dar progresând foarte dificil spre final (cu repetate reveniri, refaceri ale aceluiaşi demers activ, cu permanente planificări şi organizări ale acţiunii ce nu sunt însă respectate). În acest caz, întâlnim şi o importantă dezordine nu doar în comportament, ci şi în spaţiul şi timpul trăit. Această formulă nehotărâtă-împrăştiată-dezordonată, „psihastenă" se însoţeşte, uneori, de tendinţe colecţionariste. Spre deosebire de rigiditatea formalistă pe care o exprimă anankastul, psihastenul e mai accesibil, sub formula unui om pasiv ce acceptă sugestiile, dar nu-şi onorează promisiunile. Între extremele „pure" de anankast şi psihasten se pot identifica multe cazuri şi situaţii intermediare. În ambele variante, persoana e deseori zgârcită, negeneroasă, preocupată de faptul exact, nesuportând ambiguitatea sau posibilele imaginarului.

Obsesionalitatea, ca fenomen uman şi psihopatologic, se articulează parţial cu anxietatea şi fobia, aşa cum deja s-a comentat. Ea se corelează însă, frecvent, cu depresia, în care întâlnim, de asemenea, o repliere pe sine, cu distor-

sionare faţă de lumea exterioară şi de acţiune, chiar mai accentuată decât în obsesie. După unele cercetări, obsesia ar fi mai frecvent „co-morbidă" cu depresia decât cu anxietatea (faptul e destul de greu de clarificat de vreme ce şi depresia şi anxietatea sunt co-morbide în aproximativ 50% din cazuri). Menţionăm că o serie de manifestări obsesive – de la ambivalenţă, ambitendenţă la ritualuri şi repetiţii (stereotipe), încărcate de valenţe magice, apropie această patologie şi de schizofrenia dezorganizată (şi negativă, dată fiind „răceala afectivă" a obsesivului malign. Ca un aspect particular, obsesia – care e centrată pe perturbarea actului intenţional – are o arie de articulare cu zona de psihopatologie mai particulară. Menţionăm, de la început, „ticurile", atât cele banale, cât şi cele din boala Jilles de la Tourette. Alte domenii interesate de meditaţie şi studiu sunt: – corelaţia dintre obsesionalitate şi actele impulsive (de tipul cleptomaniei, dipsomaniei, piromaniei); şi corelaţia cu unele tulburări neurologice, precum coreea Huntington. Toate aceste tulburări se pot agrega spre polul anxios, dar, de data aceasta, înţeles prin sens foarte (foarte) larg, cu totul diferit de ceea ce a fost comentat ca trăire (fenomen anxios), la începutul acestei prezentări[48]. Acceptând faptul că realitatea se manifestă plurimorf, ne menţinem pe punctul de vedere că există un număr limitat de sindroame (structuri caracteriale) – fenomene psihopatologice, care se cer prezentate în forma lor esenţială, nucleară. Ceea ce am încercat şi vom încerca să facem şi în continuare.

Anxietatea, fobia şi obsesia, înţelese şi interpretate antropologic, pot avea diverse intensităţi şi forme de manifestare, care le pot plasa în zonele deja menţionate ale normalităţii, reacţiilor psihopatologice, nevrozelor, perturbărilor patologice ale personalităţii, psihozelor endogene, tulburărilor psihoorganic-cerebrale. În ceea ce priveşte statutul nosologic al patologiei obsesive, aceasta a fost catalogată, iniţial, ca o nevroză şi a fost interpretată ca atare de Freud şi psihanaliştii ce l-au urmat. Totuşi, cazuri grave, maligne, intens invalidante de tulburări obsesive au fost înregistrate şi publicate în sec. XX. Exemplare sunt lucrările lui Janet şi Clerambault. Deşi au existat încercări de a desprinde această patologie gravă de cea a nevrozelor, până în anii '90 ai sec. XX nu au existat ten-dinţe ferme ale comunităţii ştiinţifice internaţionale de a plasa patologia obsesivă gravisimă în zona psihozelor (endogene), cu toate că, în acest domeniu de patologie s-a acceptat şi practicat neurochirurgia. În ultimul deceniu al secolului trecut, această

[48] Aceste trei domenii sunt considerate a face parte din cadrul lărgit al „tulburărilor anxioase", fapt subliniat în DSM-IV.

problemă a fost însă abordată. În această direcţie, pledează şi Asociaţia Mondială de Studiu a Tulburărilor Obsesive, care a propus chiar, la congrese ştiinţifice internaţionale succesive, acceptarea unei forme obsesive de schizofrenie.

Cele comentate anterior, privitor la anxietate, fobie şi obsesie, considerăm că sunt valabile pentru toate paragrafele în care vor fi prezentate şi analizate în continuare, care aduc în dezbatere psihopatologia din perspectiva „sindroamelor-fenomene", corelate cu trăsături de personalitate abnorme.

5.9.4. Depresia

În situaţia ce se caracterizează nuclear printr-o tristeţe anormală, patologică, intenţionalitatea care în mod firesc inseră persoana în lumea sa umană este, de asemenea, perturbată în manieră specifică. Fobicul are unul din cele două picioare bine plasat în lumea din jur, anxiosul simte că se prăbuşeşte din ea, dispărându-i orice suport, obsesivul încearcă să facă şi un al doilea pas – spre lumea corelativă sau în jurul ei – fără să reuşească prea clar. Depresivul e deja distanţat de lumea „exterioară", renunţă la ea şi rămâne repliat pe sine, pe propria „lume interioară". Desigur, avem în vedere modalitatea (psiho)patologică a depresiei; căci în multiplele varietăţi existenţiale ale acesteia – precum melancolia înţeleptului sau nostalgia celui aflat departe de ceea ce îi este drag – ne aflăm doar într-o parţială şi „specială" „detaşare" faţă de lume. Depresivul nu-şi mai face proiecte de acţiune mereu ambivalente şi ineficiente, ca obsesivul, şi nici nu acţionează efectiv şi cu succes în anumite zone existenţiale, precum fobicul, (nevrotic), fiind, în schimb, perturbat în altele, pe care le resimte ca interzise. Intenţionalitatea sa de act – în înţeles cognitivist – este acum esenţialmente blocată, anulată. Şi la fel, este anulat orice proiect ce vizează intenţional ca sens şi ca obiectiv de atins, realitatea vizată intenţional, din perspectiva „fenomenologică", ca semnificaţie „noetico-noematică", ce se oferă în sens atractiv pentru subiectul conştiinţei.

Se estompează deci, până la dispariţie, intenţionalitatea în ambele ei sensuri menţionate şi comentate, interesul faţă de lume şi faţă de proiectele ce articulează persoana cu lumea sa corelativă umană şi cu lumea, în general, şi prin care subiectul se pro-jectează mai mult sau mai puţin eficient în viitor, o dată cu depresia ce anulează intenţionalităţile şi temporalitatea, precum şi identitatea trăită este grav perturbată (188), (189). Nu doar că dispare sau se devalorizează viitorul, aşa cum este el resimţit de anxios, ca îngrijorare (eventual, acesta

rămâne valorizat, dar numai cu valenţe totalmente negative, putând fi conceput doar ca ruină şi catastrofă personală şi generală, chin şi suferinţă). Dar, dispare şi prezentul trăit. Nu mai există interes şi vizare intenţională (fenomenologică sau cognitivă) în raport cu lumea umană înconjurătoare, din care nimic nu mai atrage subiectul. Şi, deoarece, el nici nu acţionează, prezentul e anulat. Persistă doar dimensiunea temporală a trecutului. Dar şi aceasta e marcată de negativitate. Subiectul selectează din memorie doar ceea ce poate fi interpretat ca devalorizare proprie, culpă, ca şi caracterizare negativă. În anxietate era activă absorbţia fiinţei de către nimic („întru nimicnicire"). În depresie, existenţa subiectului e capturată de negaţie. Dar nu de una abstract-logică, ci de una pragmatic-valorică. Depresivul nu acţionează, nu e interesat de lume şi nu o apreciază, nu se acceptă pe sine ca fiinţa valorică, ci ca pe una ne-capabilă, ne-utilă, ca o fiinţă vinovată, ca un nimic, („ce nu merită să facă umbră pământului", „să primească îngrijiri medicale", „să trăiască"= „nimicnicie"). Lumea ca spaţiu dispare, timpul personal se ratatinează pe trecutul ce consfinţeşte non-valoarea subiectului, identitatea sa îşi schimbă sensul dinspre afirmare în normalitate, spre diminuare, anulare de sine, negaţie. De fapt, negarea de sine e presupoziţia ce susţine tendinţa de autosuprimare, suicidul.

Tendinţa şi comportamentul autoagresiv al depresivului, mergând până la comportamentul suicidar realizat (sau automutilare) este una din caracteristicile esenţiale ale acestui fenomen uman. În depresie, agresivitatea se manifestă altfel decât în anxietate şi fobie, când ea e resimţită ca venind predominant din exterior şi, eventual, e suportată de subiect cu greu; sau în obsesionalitate, unde se oscilează între ţinerea la distanţă a altora şi dominarea lor în conjuncţie ambivalentă cu masochismul. În cazul depresiei, agresivitatea ia forma tranşantă a autopunitiei, obiectul final fiind crima, în sens de sinucidere. Evident, suntem în situaţia unei devieri a „normalităţii" agresivităţii, ce va fi comentată într-un paragraf ulterior, şi care menţine subiectul articulat cu lumea sa corelativă, uneori asigurându-i performanţele. În unele modalităţi extreme, autoagresivitatea depresivului depăşeşte propriile sale limite, revărsându-se din nou spre exterior. Este cazul omuciderii familiale, justificată prin delir melancolic: subiectul, înainte de a se sinucide, îşi omoară propria familie, cu argumentul ca aceasta să nu trăiască chinurile vieţii curente, pe care el le-a resimţit la intensitate maximă.

Identitatea subiectului se dizolvă în căderea anxioasă. Cea a fobicului, fragilă şi ea, se menţine totuşi bine delimitată, uneori cu contururi prea îngroşate, în cadrul crispării sale, de apărare, în faţa unei lumi ostile, din partea căreia aşteaptă agresiuni, mai ales în anumite zone fobogene, în anumite toposuri

periculoase. Identitatea obsesivului e neomogenă, divizată, ambivalentă, – uneori hiperrigidă, alteori împrăştiată – în cadrul continuei ego-distonii, a permanentului dezacord cu sine. La depresiv, identitatea se retractează – o dată cu temporalitatea duratei sale, centrate pe trecut – pe „ceva", minuscul, dar esenţial: pe valoarea demnităţii şi stimei de sine, aflată şi ea la limită, pe cale de a dispărea întru vinovăţie şi moarte. Depresivul ajunge la această formulă pornind de la tensiunea fobică şi rigiditatea ritualului obsesiv al ordinii, dar părăsindu-le în direcţia dezinteresului faţă de lume, de prezenţa sa în lume. La acest nivel ultim, se pot păstra în intimitatea identităţii persoanei, imagouri ce-i reprezintă pe cei dragi – dar care nu mai funcţionează ca realităţi efective, la fel ca şi restul idea-lurilor în care a crezut. Dragostea şi idealurile propulsează în mod firesc persoana spre exterior, prin intenţionalitatea proiectivă, prin contactul şi comerţul cu o lume în care subiectul ek-sistă, se afirmă, se împlineşte prin comerţul cu alţii, cu ambianţa. În depresia patologică întâlnim reflexul în negativ al acestor modalităţi (sau feluri) de a fi autentic. Păstrându-le până in extremis, dar pierzând conotaţiile fireşti ale existenţei în lumea sa reală cu care se interconectează, depresivul păstrează o parte din puritatea şi autenticitatea existenţei umane. El coboară existenţial, intră în negativ şi tinde să piară pe axa acestei autenticităţi. Aspect care diferenţiază trăirea depresiei propriu-zise de cea a obsesionalităţii nucleare, în care esenţială e duplicitatea, inclusiv compromisul (142),(143) şi nu autenticitatea capabilă de sacrificiul ultim, pentru care depresivul e pregătit şi predispus.

Pentru depresiv nu mai există intenţionalitate în direcţia actului cu scop şi sens; şi, ca atare, nu mai are sens lumea ca spaţiu al acţiunilor posibile. Timpul, durata trăită, e amputată şi recurbată ca o orientare spre trecut; ceea ce face ca celelalte dimensiuni ale spaţiului trăit să se estompeze până la a dispărea; sau, să devină malefice pentru subiect. Relaţia cu celălalt, ceilalţi, se retractează; ea se poate păstra în nucleul intimităţii şi identităţii personale, dar sub semnul devalorizării de sine şi a culpei. Întreaga existenţă evoluează spre negarea lumii şi a sinelui, spre retragere din aceasta, în direcţia unei disponibilităţi sau chiar a unei propensiuni întru moarte, în drumul spre sinucidere.

Deşi sunt orientate în aceeaşi direcţie şi sunt strâns interrelate în cazuistica clinică, anxietatea şi depresia se diferenţiază fundamental la nivelul elementelor fundamentale ce le caracterizează. În anxietate, subiectul e surprins şi este purtat spre aneantizare, în cadrul unui vârtej ce-l absoarbe, a unui dinamism cu sens negativ, ce anulează pentru persoană, lumea; de aceea, anxietatea e trăită într-o manieră impersonală. Ea „se întâmplă", nefiind în mod evident provocată

de ceva sau cineva din lume, aşa cum e resimţită frica patologică, fobia. În cazul depresiei, acest aspect impersonal nu se manifestă cu aceeaşi valoare şi semnificaţie. Omul devine depresiv pentru că a pierdut „ceva" care-l lega de lume. Subiectul resimte faptul că a pierdut ceva determinat şi identificabil: o persoană dragă, o avere, un ideal în care a crezut, o speranţă, o aşteptare legitimă (ca în cazul frustrării), puterea de a acţiona, stima de sine. Sentimentul pierderii şi atitudinii negative sunt caracteristice pentru depresie.

5.9.5. Dragostea, indiferenţa şi agresivitatea din punct de vedere psihopatologic

Dragostea dintre două persoane este un fenomen uman natural ce nu poate fi „explicat", ci doar trăit, sesizat, înţeles, expus şi analizat din punct de vedere fenomenologic. Totuşi, ea se dezvoltă pe fundalul relaţiei de ataşament a copilului care nu doar rezultă din experienţe de viaţă trăite, dar are şi o bază neuro-fiziologică ce permite recunoaşterea figurii altei persoane ca fiind o realitate umană, asigură înţelegerea unei mari arii a intenţionalităţii celuilalt în perioada relaţiilor preverbale şi introjectarea imagoului unei alte persoane, resimţită ca ataşată şi protectivă (problemă comentată în cadrul teoriei „theory of mind"). Fenomenologia dragostei normale presupune o intenţionalitate specifică de vizare a partenerului, apropierea sufletească treptată faţă de acesta, până la interpătrundere şi contopire psihică între cei doi (în faza pătimaşă a iubirii, când restul lumii este aproape ignorat) şi apoi introjectarea reciprocă a imagoului reprezentativ a celuilalt în psihismul fiecăruia din cuplul implicat, într-o manieră care-l sporeşte existenţial pe fiecare subiect, acesta păstrându-şi, totuşi, propria identitate, amplificată acum prin această asimilare, care-i creşte siguranţa de sine, şi îi fortifică personalitatea. În perspectiva derulării în timp a „ciclului dragostei", ea devine, ulterior, treptat, tot mai puţin „pasională", tot mai clamă, dar cu o mereu crescută rezonanţă afectivă interpersonală între cei ce se iubesc. Desigur, e posibilă şi apariţia ambivalenţei, caz în care afecţiunea şi iubirea alternează sau există concomitent cu reproşul, ura, respingerea. Şi, de asemenea, poate apărea o posibilă scădere a intensităţii acestei legături interpersonale, până la stingerea dragostei, ajungându-se la indiferenţa faţă de celălalt (situaţie distinctă de ura faţă de acesta). În situaţia paradigmatică a dragostei împlinite, ce se desfăşoară normal, pierderea – în principiu dispariţia, moartea – celuilalt este situaţia princeps ce condiţionează depresia, ca expresie a unei amputări existenţiale.

Notă: În cadrul acestei scurte expuneri a situaţiei normale standard a dragostei, se are în vedere şi relaţia, diferită până la un punct, a prieteniei, precum şi alte situaţii ale „simpatiei" reciproce, pe care le-a comentat Max Scheler. Oricum, e vorba de împrejurări în care „celălalt" este considerat o fiinţă valorică, excluzându-se atât „psihologia masei", cât şi contactul superficial cu „oricine". De asemenea, se exclude din acest comentariu dragostea pentru personaje ideale (de roman, de film, politico-istorice, imaginare) şi dragostea faţă de fiinţe transcendente (Dumnezeu, şi ipostaze derivate ale acestuia). În plus, dragostea nu se confundă cu raportarea etică la „celălalt", în sensul lui Levinas.

Din cele comentate anterior este evident că dragostea normală se desfăşoară intramundan, implicând o intenţionalitate specială a subiectului în raport cu elementul nuclear al lumii sale umane, pe care-l constituie o altă persoană. Iar una din caracteristicile sale de bază este reciprocitatea. Dragostea nu exclude, ci implică cogniţia celuilalt şi acţiunile cu scop, derivate din această legătură interumană specială În sine însăşi, ea nu e, însă, o acţiune, deşi se derulează ca un proces dramatic. În plus, aspectele cognitive sunt acum secundare în raport cu semnificaţia intenţionalităţii şi trăirii fenomenologice a iubirii. În normalitate, trăirea dragostei este una din cele mai complexe fenomene şi elemente esenţiale ale existenţei umane pe care literatura – poveştile, poezia, romanele, tragedia, filmele etc. – le comentează continuu, fără a putea vreodată epuiza domeniul.

Dacă trecem spre versantul anormalităţii, aberaţiei şi psihopatologiei, atunci vom putea întâlni: 1. Trăirea de tipul dragostei, resimţită la nivel pasional, dar care nu e împărtăşită – uneori nici nu e cunoscută de cel vizat; 2. Convingerea subiectului că este iubit intens de către altul, fără ca acest fapt să fie real, în unele cazuri, celălalt neştiind nimic despre persoana respectivă = erotomanie; 3. Gelozia patologică (nemotivată, motivată anormal, ocupând ansamblul preocupărilor subiectului în manieră prevalentă). Aceste trei situaţii, în cadrul cărora, subiectul implică intens lumea sa umană, reprezentată de „celălalt", le vom regăsi şi ca posibile teme delirante. Alte aspecte anormale constau din: 4. Incapacitatea de a iubi; aceasta se plasează în continuitatea incapacităţii de ataşament, relaţie şi rezonanţă afectivă, în general; (aceasta va fi comentată, în prezentul paragraf, sub titlul indiferenţei, şi reanalizată în paragraful 5.11.); 5. Pierderea capacităţii de a iubi a unei persoane ce a fost capabilă de o astfel de trăire. În ambele eventualităţi, subiectul îşi poate menţine până la un punct relaţionarea superficială, de tipul „contactului" şi chiar poate, uneori, mima, în unele modalităţi, afecţiunea faţă de celălalt.

Ultimele două situaţii ne plasează în ipostaza trăirii indiferenţei. Indiferenţa poate fi atât normală, cât şi anormală, patologică, referindu-se nu doar la raportarea la alte persoane, ci şi faţă de lume, în general. Aceasta înseamnă că subiectul nu mai e impresionat de evenimentele la care ia parte, care-l implică şi, eventual, îl vizează, astfel încât, nu-l mai emoţionează nimic. În plus, el e indiferent la opinia altora faţă de sine – fie ea pozitivă sau negativă. Indiferenţa atinge nucleul identităţii subiectului, căruia nu-i mai pasă nici de sine, de ce se întâmplă cu propria personalitate, de felul în care arată pentru alţii, de faptul dacă face ceva bine sau rău.

Notă: Această indiferenţă se cere diferenţiată de dezinteresul faţă de lume al depresivului, căruia îi pasă de poziţia sa în lume, o evaluează precis şi pregnant ca fiind negativă, ca îndreptându-l spre nefiinţă, spre moartea pe care o merită.

Indiferenţa anormală o întâlnim ca trăsătură de personalitate la persoanele dizarmonice schizoide (sau schizotipale); dar, parţial şi la cele anankaste – care problematizează acţiunea – sau la cele sociopat-antisociale (care acţionează cu sânge rece şi eficient, fiind indiferente faţă de soarta altora, dar nu şi faţă de propriile interese şi pulsiuni). În manieră majoră, indiferenţa patologică o întâlnim însă în schizofrenia negativă. Ea a fost sesizată, la acest nivel, de către Guiraud, care a etichetat-o ca „atimhormie". Ulterior Wing, Crow şi Andreasen au comentat pe larg acest aspect patologic, ca una din trăsăturile de bază ale „schizofreniei negative" (=macrosindromul schizodeficitar). În acest context clinic, ea se însoţeşte, în mod curent, de abulie şi inactivitate. După cum se ştie, e descrisă şi o persoană patologică, caracterizată prin pasivitate şi dependenţă; şi care, la rândul său, poate fi marcată de indiferenţă (a se vedea tipul Haltlöse, a lui Schneider). În acest caz extrem, predominant în varianta sa defectiv-psihotică post schizofrenă, întâlnim o absenţă sau prăbuşire a ambelor sensuri ale intenţionalităţi, ce au fost comentate în prealabil, dar fără retragerea din lume, ce se petrece în cazul depresivului.

Dragostea şi echivalentele sale mai ponderate au fost introduse în această dezbatere psihopatologică, pentru că reprezintă forme de existenţă umană exemplară, paradigmatică, în raport cu care pot fi înţelese şi comentate trăiri particulare, anormale şi „patologice", precum depresia, indiferenţa, şi agresivitatea. Ultima este adusă acum în discuţie, în variantele sale normale, anormale şi patologice, înţeleasă, mai ales din perspectivă antropologică. Orientarea intenţională a agresivităţii se opune radical şi simetric celei a dragostei, care

„deschide" subiectul spre întâlnirea şi apropierea faţă de celălalt, în direcţia fuziunii şi a introjecţiei, reciproc sporitoare. În cazul intenţionalităţii agresive,[49] celălalt este, în primul rând „ţinut la distanţă", împiedecat să se apropie prea mult de intimitatea subiectului (a se vedea în această direcţie, rolul pe care-l joacă „politeţea" anankastului, în sensul în care a fost comentată de Petrilowitsch). Apoi, atitudinea agresivă interpersonală presupune şi dezvoltă tendinţa de îndepărtare şi/sau supunere a „celuilalt", care poate ajunge – dacă nu este de la început – o persoană pasivă, obedientă, de care dominatorul poate abuza în variate moduri. Adică, îl poate înjosi, îşi poate bate joc de el, îl poate dispreţui public, astfel încât, să-i coboare la maxim stima de sine. Un aspect special al agresivităţii specific umane este realizat prin unele aspecte ale râsului. Pe lângă valenţele sale de descărcare comunitar euforică, râsul – faptul de a râde de un altul – are o valenţă denigratoare, de înjosire, resimţită uneori ca o batjocură, fapt exprimat plastic prin locuţiuni ca: „am fost făcut de râs", „am ajuns de râsul tuturor". Această temă, care exprimă o decădere din demnitatea şi stima de sine, poate fi întâlnită în unele aspecte ale delirului de referinţă (= delir senzitiv relaţional), în care subiectul este convins că toţi îşi bat joc sau râd de el. Tot o modalitate specific umană de agresivitate este cea verbală, atât ca mod de exprimare (ton poruncitor, răstit), cât şi în perspectiva conţinutului, constând din ameninţări, injurii, expresii denigratoare (o variantă mai subtilă şi nuanţată este ironia).

Agresivitatea interpersonal-patologică antropologică se poate intersecta cu modalităţi biologice ale agresivităţii, caz în care, celălalt poate fi agresat, lovit, maltratat, rănit, omorât. Astfel de comportamente pot fi expresia comportamentului unei persoane psihopate, dar pot fi condiţionate, uneori, şi de convingeri delirante. Mai poate fi menţionată agresivitatea „clastică", ce poate apărea în unele stări de delirium, când persoana distruge nediferenţiat tot ce întâlneşte în jur.

Agresivitatea umană intervine în fenomenele psihopatologice, în dublu sens, pe de o parte, ca ameninţare pe care subiectul o resimte din partea altuia (altora), a elementelor ambianţei sau chiar neprevăzut; e situaţia trăirilor fobice şi anxioase în sens larg, cuprinzând şi trăirile pre sau paradelirante. Pe de altă parte, agresivitatea poate fi expresia subiectului ce se îndreaptă spre lume şi

[49] În acest paragraf este comentat doar aspectul negativ al agresivităţii; în antropologie există şi un aspect pozitiv al acesteia, în sens de energie războitoare întru realizare; în acest caz, intenţionalitatea agresivă este prinsă într-o „bună formă" semnificantă.

acţionează cu această caracteristică, fapt ce-l întâlnim parţial, la obsesiv, major, la psihopatul dissocial, în mod particular, la delirantul paranoiac expansiv. În unele cazuri, cele două aspecte coexistă, ca în unele stări delirante sau chiar la obsesiv. Pe de altă parte, e de reţinut faptul că subiectul poate reacţiona faţă de sentimentul de pericol, ca în cazul crispării psihologice a fobicului sau a agresivităţii „anticipatorii" – a persoanelor timide, ce se simt vulnerabile. Ar mai fi de menţionat o modalitate indirectă de agresivitate, ca cea a persoanelor pasiv-agresive care sunt mereu de acord cu partenerul, dar nu realizează ceea ce promit; sau, cea din situaţia victimologică, în care subiectul se comportă de aşa manieră încât, irită constant un partener până în situaţia în care agresivitatea acestuia depăşeşte o limită şi se descarcă punitiv pe cel ce l-a incitat. În sfârşit, reamintim că, în depresie, agresivitatea e repliată pe sine, ajungându-se la automutilare sau suicid.

5.9.6. Mania

Maniacalul, trăind o stare de continuă bună dispoziţie, de veselie, euforie, pare a fi cuprins în vârtejul unui excentric joc şi dans, al unei „beţii" sărbătoreşti, pe care o abordează de pe poziţiile unei omnipotenţe şi familiarităţi nefireşti cu celălalt. De fapt, şi în viaţa obişnuită, contopirea subiectului cu manifestările mulţimii „colective" e, în principiu, depersonalizantă. Maniacalul trăieşte temporalitatea proprie ca un perpetuu viitor „a toate posibil", ce i se deschide de pe poziţiile unui prezent superficial, amputat de profunzimea straturilor ce conduc spre nivelul bazal al duratei şi care e frustrat de un viitor structurat şi realmente posibil. În formele uşoare, maniacalul poate fi activ şi performant; dar, şi atunci, doar în manieră ţintită, centrat de câte o unică activitate prevalentă; ceea ce presupune o structură a personalităţii încă bine conturată, ce poate ţine în frâu expansivitatea pe cale de dezlănţuire. Lipsa de structură şi fundament a temporalităţii din manie e concomitentă cu accelerarea trăirilor subiectului ce mereu se reiau ca proiecte, niciodată realizate. În lipsa acţiunii eficiente, a rezolvării reale a unei situaţii problematice, nu mai există nici prezent autentic şi nici substratul prezentului, ce constă din straturile paralele ale temporalităţii corelative acţiunilor organizate pe termen mediu şi lung; şi la fel se estompează sau devine extrem de fragilă chiar şi durata, ca instanţă ultimă şi fundament al structurii temporalităţii şi, în acelaşi timp, al identităţii. În cadrul dezlănţuirii sărbătoreşti a maniacalului, sunt suspendate multe interdicţii, aproape totul devenind,

pentru moment, permis şi marcat de semnul unei posibilităţi efective de realizare. Dar, doar „pentru moment".

La fel ca şi temporalitatea, şi poate, mai intens, spaţialitatea interumană, pe care maniacalul o trăieşte, este aplatizată, redusă la o suprafaţă continuu mişcătoare. Nu mai există înrădăcinare, aşezare pe teren ferm, „puncte-de-sprijin" şi „spate-acoperit" pentru elaborarea unor raportări de apropiere şi îndepărtare psihică interumană, pentru indiferenţă sau pentru realizarea legăturii de dragoste reciprocă, calmă şi profundă. Totul se reduce la un contact superficial cu alţii, care-şi pierd, în cadrul acestei raportări, specificitatea individuală a persoanei lor, devenind cu toţii, în comun, câte un „cineva", câte un „oricine". Hiper-sociabilitatea maniacalului este expresia unei perturbări, a unei distorsiuni a relaţiei, de obicei bine structurată, dintre eu-tu-celălalt-alţii-comunitate. Iar pe acest fond, uneori, poate să se manifeste o agresivitate verbală sau o constantă iritabilitate.

Distanţele interpersonale, care structurează spaţialitatea specifică psihismului uman, se reduc la minimum sau chiar dispar. Orice nouă persoană, întâlnită întâmplător, devine de îndată una familiară, faţă de care subiectul se manifestă fără reticenţe, căreia i se destăinuie, pe care, eventual, o şi critică public, imediat ce-i observă o deficienţă minoră; şi pe care o antrenează în vârtejul timpului său sărbătoresc.

Perpetua bună dispoziţie, sentimentul de valoare şi capacitate crescută, toate corelate unui sentiment al victoriei, sunt contagioase. Cei din jur, ceilalţi – într-o manieră nediferenţiată – se bine dispun şi râd, pentru moment, împreună cu maniacalul, contaminaţi de jubileul carnavalesc şi de mascarada acestuia; pentru ca, apoi, să se retragă în universul lor problematic, desfăşurând acţiuni cu scop şi sens, în lumea lor umană proprie, inserată în logosul comunitar bine structurat. Fapt de care maniacalul nu e capabil.

Identitatea subiectului, aflat în fază maniacală, e şi ea redusă la o schemă. El devine un „oareşcare-cineva" (un fel de „caz" impersonal), pe măsură ce eul său se amplifică, se umflă ca un balon, se simte hipercapabil şi omnipotent. Biografia şi particularităţile sale se estompează sau dispar. Acest „cineva-oricine", care a devenit acum subiectul maniacal, e dezinhibat energetic şi pulsional. Lui îi dispare sentimentul oboselii şi îi creşte libidoul, devine bogat în proiecte şi planuri ce-i par uşor realizabile. Dar în care se angajează doar parţial, schimbându-le mereu. Nimic nu i se pare dificil de realizat. De unde şi sentimentul unei libertăţi totale; care e, de fapt, o libertate nulă, de vreme ce nu duce la nici o realizare efectivă. Maniacalul se mişcă mult, aproape continuu, parcurge spaţii largi, cheltuie banii fără o justificare întemeiată şi fără a se gândi la consecinţe.

Variantele în cadrul larg al „normalităţii" antropologice, a ceea ce este starea maniacală, comportă limitări şi încadrări specifice. Euforia sărbătorească (carnavalească) e circumscrisă la anumite perioade temporale şi se desfăşoară în cadre sociale bine organizate din punct de vedere al logosului, al derulării programelor instituţionalizate ale comunităţii. Orice sărbătoare comunitară îşi are regulile sale, la care indivizii care participă se conformează. În sfârşit, din perspectivă tipologico-caracterială, persoanelor cu trăsături hipomaniacale li s-au oferit profesii recunoscute şi respectate, cum a fost cea a „bufonului regal" sau cea a clovnului de circ. Când atingem nivelul psihopatologiei, toate aceste variante normale sunt depăşite, prin preluarea controlului psihismului de zona endogenă, „mezogenă" (în formularea lui Schneider). Faptul că o persoană, ce trăieşte astfel de episoade, poate, ulterior, să şi le conştientizeze, să le cunoască şi recunoască, să le controleze parţial, ţine de programul constituirii unei „personalităţi secunde" prin efort terapeutic, psihoterapeutic, psiho-pedagogic.

5.9.7. Depersonalizarea

Depersonalizarea este un termen care, în psihopatologie, se referă la perturbarea trăirii identităţii subiectului (cu sine), în cadrul raportării sale la alţii şi la lume. Această identitate se realizează printr-o sinteză, ce se petrece în cursul ontogenezei, şi vizează multiple instanţe supraetajate, de la trăirea apartenenţei la sine a propriului corp – în sensul delimitării, specificităţii, spontaneităţii şi valenţelor sale – până la cea a individualizării subiectului în plan socio-cultural (spiritual). Depersonalizarea se derulează, în primă instanţă, în planul perturbării intenţionalităţii conştiinţei semnificante (deci, în plan fenomenologic).

Nucleul şi baza sentimentului identităţii sunt, pentru subiect (pentru „eu"), cel al trăirii propriei corporalităţi, care prin „schema corporală" delimitează spaţiul interior (al „corpului) de cel exterior, a lumii, considerată în general. Dar şi în diferenţierile acesteia, în cadrul cărora, un loc aparte îl ocupă „persoanele – subiecţi".

Zona limitrofă a schemei corporale, a „eului" care „apare" în raport cu lumea în genere şi cu ceilalţi, a fost etichetată drept „corp-eu-fisiognomonico-estetic" (expresiv), deoarece, prin aceasta, subiectul se expune percepţiei şi aprecierii valorizante a celorlalţi, exprimându-şi, în acelaşi timp, intenţionalităţile de acţiune şi comunicare. Depersonalizarea se poate manifesta într-unul din aspectele sale, prin resimţirea deformată tocmai a acestor limite dintre interior şi

exterior: propriul corp poate fi perceput ca mai mare sau mai mic (în ansamblu sau în unele părţi ale sale), ca insuficient de clar (difuz) delimitat până la indistincţia cu ambianţa, ca vulnerabil faţă de agenţi perceptibili sau imperceptibili, ce vin din lumea înconjurătoare (fapt ce se corelează cu fobia de murdărie, de microbi, prezentă în patologia obsesivă). Sau, sub forma unor modificări, deformări sau anomalii ale propriei forme corporale, ce ar putea fi percepute de către alţii (dismorfofobie), astfel încât subiectul ar putea deveni, în opinia sa, obiectul atenţiei şi comentariului negativ al celorlalţi; fapt ce conduce la idei sau delir de referinţă (senzitiv-relaţional). O problematizare a aspectului corporal îl pot trăi persoanele ce prezintă leziuni deformante ale feţei sau ale altor porţiuni expuse şi vizibile ale corpului, şi care-l stigmatizează, de obicei social. Pot apărea „complexe de inferioritate" însoţite de trăiri tensionate de anxietate şi agresivitate în raport cu alţii, cu ocazia apariţiilor publice ale persoanei. Tot o astfel de problematizare, se poate întâlni la persoanele cu diverse defecte fizice, la unii obezi, în pubertate, când există modificări corporale, iar interesul subiectului faţă de felul „cum arată", cum este receptat de către alţii, devine prevalent. În această perioadă, poate apărea anorexia mintală a tinerelor fete, în centrul căreia stă refuzul psihologic patologic al metamorfozei corporale, ce implică creşterea în greutate. Aspectul corporal, perceptibil de către alţii, constituie o preocupare deosebită şi în histerie sau în manie, pentru că subiectul tinde acum să-şi etaleze toate valorile proprii, inclusiv cele corporale. În schimb, el e neglijat în depresie şi în schizofrenia negativă, până la modalităţile dramatice ale lipsei de interes pentru igiena şi îngrijirea corporală în general.

În spaţiul interiorităţii corporale se derulează procesele fiziologice, care de obicei nu sunt percepute conştient. La acest nivel sunt resimţite şi durerile, cenestopatiile, greaţa, vertijul. În mod firesc, există o „spontaneitate" a trăirilor corporale, cărora subiectul nu le acordă atenţie, deoarece, în mod esenţial, el îşi îndreaptă intenţionalitatea către lumea exterioară, perceptibilă în zona ob-jectuală. Dar, în spatele percepţiei şi semnificaţiilor schimbătoare ale lumii contactate, resimţirea propriului corp este o percepţie constantă, chiar dacă neconştientă. Se poate spune că propriul „psihism-eu conştient" se „înrădăcinează" în propria-i corporalitate. În anumite condiţii de viaţă, cum ar fi oboseala sau boala, subiectul resimte neplăcut interioritatea propriului corp. Acest fapt se poate întâlni şi în psihopatologie. De vreme ce corpul este, în mod firesc, sediul bolilor somatice, preocuparea hipocondriacă patologică îl va avea în vizor (fie că ea se poate manifesta fobic, obsesiv, prevalent sau delirant). Subiectul mai poate resimţi, de asemenea, o lipsă de energie, o epuizare, o lipsă de putere şi forţă

corporală, fapte ce pot, în unele cazuri, să capete o intensitate psihopatologică (ca în tulburarea astenică, în sindromul de epuizare bio-psihică: „burn-out"). Toate aceste trăiri nu înseamnă încă depersonalizare corporală propriu-zisă. Aceasta din urmă este trăită o dată cu sentimentul „devitalizării". Subiectul resimte cum corpul său este lipsit de viaţă, inert, preschimbat în ceva cu calităţi fizice, parcă ar fi de lemn, de piatră, de sticlă, din iască. Metaforele utilizate, deşi variate, sugerează acelaşi lucru: lipsa „indiferenţei" faţă de propriul eu-corp, ca doar „implicat" în trăire; şi, resimţirea sa ca o realitate intramundană ce susţine şi „poartă" subiectul, dar care acum este marcată de nefiresc: el nu mai e spontan şi viu, fiind resimţit ca ceva de tipul „lumii obiective neanimate", ca un „obiect" oarecare.

Depersonalizarea psihică e trăită sub forma sentimentului ca „eu nu mai sunt eu", că parcă mă preschimb, mă metamorfozez ca identitate. Această trăire e resimţită şi în normalitate, în perioadele critice ale ontogenezei, mai ales în pubertate, adolescenţă, dar şi în unele momente cruciale ale vieţii adulte, sau în perioada meno-andro-pauzei. În perspectiva psihopatologică, sentimentul este trăit penibil şi la o manieră pasivă: subiectul se uită în oglindă frecvent, întreabă pe alţii dacă nu au observat la el modificări în ceea ce priveşte aspectul, expresia, comportamentul. Apare nesiguranţa, incertitudinea interioară şi o anxietate concomitentă.

În depersonalizare, persoana pierde trăirea resimţită a propriei delimitări – în raport cu ceilalţi oameni şi cu lumea – sentimentul înrădăcinării în sine, între limitele propriului eu-corp, în propria durată biografică, nemaiputând controla zona secretului personal, emergenţa spontană-din-sine, a intenţionalităţilor cu care se simte solidar. Apare o de-diferenţiere globală a psihismului său conştient, cale posibilă pentru imixtiunea în intimitatea sa a lumii „exterioare" nedorite, ca în fenomenele de transparenţă-influenţă. De asemenea, e resimţită o neclaritate a limitelor propriei fiinţe, urmată de un sentiment vag de schimbare a identităţii: „parcă mă preschimb în altcineva". Această stare reprezintă un pas spre o posibilă metamorfoză negativă, spre obţinerea unei noi identităţi imaginare, care, în psihopatologie, este una delirantă.

Există trăiri psihopatologice care se află înaintea depersonalizării propriu-zise, din care se poate avansa înspre aceasta. Menţionăm crisparea agresivă, pe limitele propriului „eu", ca mecanism de apărare (aceasta o întâlnim în fobie). În obsesionalitate domneşte ego-distonia (ambivalenţa, nesiguranţa de sine, indecizia), într-o manieră în care limitele propriei identităţi se pot realiza doar cu greu, prin efortul unei hiperrigidităţi formal-perfecţioniste. Şi formele marcate

de tulburare histrionică (histerică) prezintă, dincolo de egofilie şi hiperexpresivitate, o sărăcie a trăirii şi rezonanţei afective, ce face parte din acelaşi spectru al depersonalizării incipiente.

În depresie, depersonalizarea poate parcurge, în funcţie de intensitatea fenomenului, diverse etape: de la faptul diminuării identităţii (subiectul ajungând să resimtă o stimă de sine scăzută, o devalorizare) până la forma negării totale a (valorii) eului, exprimată prin formula: „eu sunt un nimic"! De asemenea, în manie, depersonalizarea este prezentă prin faptul că subiectul devine, treptat (şi în final complet), un oricine, lipsit de elementele constitutive (demografice, temperamental-caracteriale, biografice) ale unui eu propriu şi individualizat. O zonă a psihopatologiei, în care depersonalizarea tinde să devină majoră, este cea a indiferenţei. În perspectiva semiologic-nosologică ne îndreptăm spre zona „schizotimiei" (şi apoi a schizofreniei) în care se întâlneşte pierderea capacităţii de sinteză, manifestată prin dezorganizarea ideo-verbală, ce va fi comentată în ultimul paragraf al capitolului.

Depersonalizarea este, de obicei, prezentă, ca moment esenţial, în procesul instituirii delirului. Subiectul care simte că „eu nu mai sunt eu", nu e încă delirant, deşi trăieşte intens derealizarea. În momentul în care-şi atribuie o nouă identitate şi/sau noi calităţi, el poate fi calificat ca atare: „eu sunt Napoleon", „eu sunt urmaşul lui Alexandru Macedon", „eu sunt o nouă venire pe pământ a lui Isus şi pot face minuni". În această fază, delirul instituit, depăşeşte depersonalizarea ce l-a precedat. Pe calea depersonalizării corporale se poate ajunge la sentimentul dedublării interioare, care poate, şi el, sfârşi în delir. La un anumit nivel, subiectul poate resimţi sentimentul: „eu nu mai sunt unul singur, unitar, în mine sunt două fiinţe antagoniste, opuse, unele acţionând într-un fel, altele în altul, de obicei contradictoriu. Această „dedublare" este deseori polarizată între „eul cel bun" şi „eul cel rău". Subiectul e convins că, în interiorul fiinţei sale, considerată în ansamblu, deci şi corporal, se află două persoane opuse, sau că, în interiorul său se află un spirit malefic, un „diavol" care-l dirijează din exterior. E posibilă şi tematica delirantă a unei posesiuni zoopatice, subiectul fiind convins că, în interiorul corpului său, se află un animal, un şarpe, o broască. Într-o altă direcţie, dedublarea personalităţii se manifestă nu atât „spaţial", cât mai ales temporal. Aceasta e situaţia „stărilor disociative de conştiinţă", ce pot culmina cu „dubla personalitate".

Trăirile psihopatologice din seria depersonalizării, comentate direct în acest paragraf şi indirect în altele, se articulează cu o amplă serie de manifestări ale diapazonului normal ale trăirilor omeneşti, privite din diverse incidenţe

antropologice, inclusiv istorico-culturale. Astfel, „crizele de identitate" sunt absolut firești în cursul personogenezei şi a ciclurilor vieţii, de la cea a adolescenţei până la „individuaţia" pe care o tentează persoana matură. O altă perspectivă firească a punerii sub tensiune a identităţii este relaţionarea intim personală, ce poate evolua până la dragostea fuzională; esenţial e că, în normalitate, fuziunea interpersonală a dragostei este un „moment" şi un „nivel" al raportării interpersonale autentice firești, ce este în mod natural depăşit şi integrat. Problema se pune şi la nivelul identificărilor – mai scurte sau mai prelungite – cu alte persoane (puternice, „fascinante" etc.); această eventualitate poate fi şi ea firească, fiind depăşită ulterior, fapt ce duce la îmbogăţirea diapazonului existenţial al persoanei. Depersonalizarea pe care o trăieşte circumstanţial o persoană, atunci când e cuprinsă în atmosfera de circumstanţă a „psihologiei maselor", nu are importanţă decât pentru persoanele cu un eu slab, ce cad mereu victima acestor situaţii. În sfârşit, merită să fie amintită situaţia până la un punct depersonalizantă a extazului mistic. În normalitate, adică în firescul existenţei umane ce acceptă şi normalitate plus valorică, persoanele, ce fac parte dintr-o comunitate religioasă şi sunt adânc impregnate de ideologia acesteia, pot avea momente de contact transcendent mistic, fără ca, prin aceasta, să se alieneze socio-existenţa. Însă, deviantul va trăi extazul mistic într-o manieră care-l exclude din comunitate.

5.9.8. Hiperexpresivitatea şi histrionismul

În mod firesc, un om nu trăieşte singur. El coexistă şi comunică, colaborează şi se confruntă constant cu semenii săi. Relaţiile dintre persoanele umane se pot realiza nemijlocit, „în situaţie", sau trans-situaţional, prin intermediul limbajului asertiv critic (în sensul lui Popper). Astfel, oamenii pot comunica şi prin scrisori, prin articole publicate în reviste, în care se critică reciproc, direct sau prin care comentează opera celuilalt; sau prin publicarea unei biografii comentate şi interpretate, privitor la „cineva". Evident, în unele dintre împrejurările menţionate, raportarea nu mai e direct reciprocă. Există şi situaţii de confruntare directă între două persoane care, abordând teme comunitare sau abstracte – politice, teoretice – fac ca acestea să nu mai fie decât parţial raportări „personale". În cadrul relaţionărilor situaţionale, aspectul personal şi cel supra-personal – ce ţine de logos şi spiritualitate – în mod firesc şi obişnuit se combină. Şi, de asemenea, intenţionalitatea este, în aceste cazuri, atât cu particularităţi

fenomenologice, cât şi cognitiviste. Când un orator încearcă să convingă un auditoriu, el se implică cu expresivitatea sa mimico-gestuală, cu tonul vocii şi mimarea unor situaţii sau roluri ce pot impresiona pe cei ce ascultă; dar, în acelaşi timp, încearcă să convingă prin argumentele expuse în discursul său, prin ordinea desfăşurării acestora, prin invocarea de situaţii, exemple şi eventualităţi care, prezentate într-un stil convingător, pot realmente impresiona şi influenţa pe ceilalţi. În dialogul direct cu o altă persoană sau în expresiile şi comunicarea în grup restrâns, aceste aspecte şi „efecte" sunt mai puţin uzitate şi utile pragmatic; ceea ce nu înseamnă că nu pot fi – şi nu sunt – folosite.

Toate, cele menţionate mai sus, atrag atenţia asupra a doi poli ai comunicării între oameni, comunicare pe care o polarizăm, pentru început, la împrejurarea situaţională:

a) Polul expresivităţii situaţionale nemijlocite, mimico-gestuale: de intonare a vocii, de regizare a modului în care se realizează apariţia – estetico-fisiognomică – pentru celălalt (ceilalţi), uneori prin „joc de rol" etc. Desigur, exprimarea verbală e prezentă, dar subordonată expresivităţii ce se vrea receptată de un altul (alţii).

b) Polul conţinutului structurat logic-noţional-semantic argumentativă a celor prezentate, în cadrul unei expuneri de „joc lingvistic" dialogal sau în cadrul unei informaţii oficiale; ambele presupun şi corectitudinea gramaticală a expresiilor rostite sau afirmate prin diverse sisteme semiotice, astfel încât, cele comunicate să aibă suficientă comprehensabilitate.

Polul b), menţionat mai sus, se continuă cu discursurile suprapersonale şi impersonale; acest domeniu va fi abordat din punct de vedere psihopatologic în ultimul paragraf al capitolului, cel care comentează dezorganizarea ideo-verbală. În continuare, ne vom concentra asupra aspectelor ce gravitează în jurul polului a), nivel la care există o preocupare constantă a subiectului, privitor la felul în care el apare şi este receptat evaluativ de ceilalţi în situaţie, în cadrul unor evenimente. Această preocupare are, din perspectiva minusului psihopatologic, două direcţii importante:

1) Una fobică, în care subiectul e predominant nesigur şi anxios ego-diston, tensionat, poziţionat în atitudinea aşteptării unei evaluări nefavorabile din partea altora, a unor sancţiuni.

2) O altă direcţie este cea în care subiectul, este, în principiu, egosinton şi cu o bună părere despre sine, astfel încât, aşteptările sale sunt ca alţii să-l perceapă şi să-l evalueze favorabil. Dată fiind această „poziţionare atitudinală" (cognitivistă), subiectul pune accent pe apariţia sa, pe faptul că, prin aceasta,

el poate impresiona pe alţii, în sensul de a-l considera valoric şi a-l admira.[50] Persoana respectivă doreşte şi se străduieşte să fie mereu în centrul atenţiei celorlalţi, astfel încât, cultivă implicarea sa permanentă în evenimente sociale. Se poate spune că el „eveniment" – analizează existenţa sa şi a celor din jur. Această tendinţă, manifestată la nivelul unei structuri caracteriale distorsionate (psihopate, în sensul lui K. Schneider), a fost etichetată de acest autor cu expresia „geltunsuchtige". Şi aceasta, în mare măsură, pentru a evita etichetarea de persoană „histerică" ce, în mod tradiţional, era atribuită acestor indivizi (fapt considerat de autor nu doar stigmatizant dar nefondat teoretic, conceptual). Ulterior, în apropierea zilelor noastre, s-a adoptat, pentru acest tip de personalitate, termenul de „histrionic", ce face trimitere la un teatralism (o hiperexpresivitate captativă) de joasă speţă, deci plasabilă în aria anormalităţii. Această plasare în zona minus-valorică exprimă şi o anumită sărăcie sau goliciune interior-intimă, un fel de „răceală" afectivă (în sensul „depersonalizării" de fundal, similaritatea pe care o sesiza Göppert, la persoanele cu obsesionalitate malignă). Histrionicul nu rezonează afectiv, este sărac în ceea ce priveşte relaţiile interpersonale (empatice), punând mereu accentul pe „contactul" interpersonal prin care să impresioneze pe alţii. Deşi, aparent, este hiperemotiv, această expresivitate exagerată a emoţiilor este predominant jucată – ca joc de rol emoţional – şi nu trăită (în sens de „veçu", „erlebnis"), în profunzimile afectivităţii subiectului. De aceea, el nu e capabil nici să transmită altora „căldura afectivă" specifică dragostei. Mai mult încă, deseori, el nu trăieşte complet nici plăcerea orgasmului sexual, deşi poate face mare caz de multiplele sale relaţii interpersonal-erotice (de tip Don Juan – Dona Juana) care sunt, de fapt, montate, regizate, construite ca spectacol şi relatate cu dibăcie convingătoare, cu unica intenţionalitate de a impresiona anturajul. Pentru caracterizarea histrionicului s-au mai folosit expresii ca: „doreşte mereu să apară mai mult decât este în realitate (Jaspers); se manifestă în multe modalităţi şi feluri, apare ca fiind oricine, neputând să fie, niciodată, „el însuşi". Oricum, nu contează mijlocul prin care subiectul atrage atenţia, aceasta putând fi şi compătimirea; e important să fie în centrul atenţiei, în maniera spectacolului.

Persoana histrionică, tinzând mereu să fie în atenţia celorlalţi, să se manifeste prin continua apariţie percepută direct, întreţine constant derularea

[50] O astfel de poziţionare apare, de obicei, şi în manie, unde, însă, nu ocupă un loc central în raport cu ansamblul perturbărilor psihopatologice; în continuare, vom comenta doar varianta histrionică tendinţei de apariţie valorizantă.

unor evenimente interpersonal-sociale, pe care tinde să le centreze. Existenţa sa şi a celor din jurul său nu se mai derulează sub semnul monotoniei, ritualurilor impersonale – şi plictisului – ca în cazul lumii umane centrate de anankast (obsesiv), om muncitor, serios şi performant, care susţine acţiunea anonimă. Histrionicului nu-i pasă de performanţă, seriozitate şi perfecţiune, ci de eveniment şi spectacol. Chiar dacă nu e capabil de o autentică comunicare cu altul, el evită solitudinea, simte nevoia să fie în permanenţă alături de cineva care să-l perceapă, să-l recepteze şi să-l asculte, să-l admire (sau să-l compătimească). Din această nevoie, derivă o pseudo-sociabilitate (la fel ca în cazul anxiosului, dar distinct, ca semnificaţie, de aceasta). Manifestarea sa expresiv comunicativă continuă nu ar fi posibilă dacă subiectul respectiv nu ar avea un imaginar bogat – desigur, într-un anumit sens al noţiunii de imaginar. Această bogăţie a „imaginilor mintale" (imaginarului) face posibilă nu doar hiperexpresivitatea sa corporală teatrală (histrionică), deseori evidentă în coloratura îmbrăcăminţii, fard, coafură, podoabe, toate atrăgând atenţia asupra sa, ci şi o anumită capacitate particulară de relatare, de povestire. Aceasta este plină de invocarea reprezentativă a unor evenimente situaţionale, de metafore şi epitete, „este colorată" şi deseori interesantă şi atractivă. În această manieră de expunere se infiltrează, atât în relaţionarea verbală, cât şi în cea scrisă, confabulaţia şi mitomania, adică deformarea adevărului cunoscut de către toţi sau de majoritate, dar nu cu intenţia deliberată de a induce pe alţii în eroare – pentru un profit clar formulabil – aşa cum se petrec lucrurile în minciună, ci cu obiectivul constat şi mereu reluat, de captare a atenţiei asupra sa, de a se plasa în centrul privirii şi interesului celorlalţi. Caracteristicile limbajului, mai sus menţionate, se pot păstra şi în modalităţile mai puţin directe ale comunicării, realizate prin textul scris, care devine afectat şi patetic, plin de „înfloriturі" stilistice, de obicei inutile.

Tinzând mereu spre captarea atenţiei celorlalţi, histrionicul îi va contrazice rar, în mod direct; dimpotrivă, va excela prin a fi de acord aproape cu oricine, manifestând o acceptanţă şi o sugestionabilitate crescută. Fapt ce accentuează cameleonismul generic al manifestării sale personalistice.

În varianta personalităţii dizarmonic psihopate, histrionicul poate practica escrocheria, ajutat fiind de limbajul său bogat şi colorat, de capacitatea sa de a juca roluri şi, deseori, de a fi convingător, chiar „fascinant" (mai ales când „epatează"). Tot imaginarul bogat îl poate ajuta să elaboreze şi să întreţină intrigi. Dar caracteristica de fond a formulei psihopate o constituie manipularea celorlalţi în folosul egofiliei (egoismului) nuclear al persoanei, uneori aceasta

urmând cu sânge rece rezolvarea propriilor interese. Interferenţele cu psihopatul antisocial şi cu cel instabil-emotiv („borderline") sunt frecvente.

În varianta unui eu mai slab, a unei parţiale egodistonii de „tip nevrotic" sunt frecvente simptomele de conversie somatică a trăirilor psihice neplăcute. Acestea se manifestă fie sub forma „leşinului psihogen" (ce se cere diferenţiat de criza epileptică majoră), fie sub cea a diverselor simptome somatice pseudo-neurologice (pareze, anestezii, mişcări involuntare) sau a unor deficienţe senzorio-motorii (de văz, auz, vorbire), fără substrat organic, care impresionează anturajul (în acelaşi grup se înscrie „pseudo-sarcina histerică", vărsăturile sau crizele de dispnee psihogenă etc.). În toate aceste „conversiuni somatice", pacientul apare calm, liniştit, aparent neîngrijorat de importanta sa deficienţă, în sensul expresiei franceze de „la belle indiference". Există însă o tranziţie între aceste fenomene de conversie somatică histerică şi tulburările „psihosomatice" care afectează musculatura striată a organelor interne: crize de astm bronşic, hipertensiune arterială, colită spastică etc. În universul modern, probabil prin cultivarea tot mai intensă a comunicărilor interpersonale mediate, fenomenele clasice de conversie psihogenă, descrise de la începutul sec. XX, au scăzut foarte mult, crescând, în schimb, în mod semnificativ, psihologia psiho-somatică.

Tot din aria psihopatologiei corelate nevrozei histrionic-histerice fac parte „stările disociative de conştiinţă": ele constau dintr-o parţială dedublare a persoanei care, pentru un timp, mai scurt şi prelungit, se manifestă într-un alt mod decât în mod firesc. În stările crepusculare avem doar manifestări paroxistice, cu durata de câteva ore, cu deplasare dintr-un loc în altul, la un nivel de vigilitate conştientă redus. În formele prelungite, durata acestor stări poate fi de zile sau săptămâni. Corelat cu aceleaşi situaţii se discută şi fenomenul, mereu reactualizat, al unor cazuri de dublă personalitate, care nu se poate înscrie întru totul în caracteristicile de ansamblu ale manifestărilor hiperexpresiv histrionice.

5.9.9. Derealizarea şi psihopatologia percepţiei umane

Derealizarea este, în mod curent, în psihopatologie, cuplată cu depersonalizarea.

În sens restrâns, semiologic, derealizarea constă în sentimentul că realitatea corect percepută, formal şi ca semnificaţie, de către persoana conştientă, este stranie, ciudată, nefirească. Se folosesc diverse metafore ca, de exemplu: „totul se petrece ca într-un vis", „parcă trăiesc într-o altă lume, pe o altă planetă",

„ființele din jur se comportă neobișnuit, parcă ar fi nevii și manipulate, ca păpușile trase cu sfori, dintr-un spectacol pentru copii" etc. Astfel de trăiri pot însoți pe cele ale depersonalizării, în care subiectul are impresia că „eu parcă nu mai sunt eu", „parcă mă transform". Anxietatea se poate instala încă din această fază. Dar acest nefiresc al trăirii perceptive este doar începutul unei suite de posibile trăiri psihopatologice, care se derulează în aria distorsiunilor cognitive ale percepției. Acestea vizează, în primul rând – la fel ca derealizarea – perturbarea intenționalității conștiinței semnificante, deci, aspectul fenomenologic.

Notă. E necesar un nou excurs privitor la fenomenul și tema percepției. Considerăm că, prin percepție, se poate înțelege receptarea (în urma unui demers activ, intențional) de către individul bio-psihic-uman (în cazul nostru) a informațiilor actuale, structurate ca formă și semnificație și plasate într-un context. În ceea ce privește „contextul", acesta poate fi înțeles ca: – contextul informațiilor actuale accesibile, în cadrul cărora ceea ce e perceput se detașează ca o figură pe un fond; – luarea în considerare nu doar a „obiectului" perceput, ci a situației problematice în care acesta e inserat; – situația limită în care, dincolo de perspectivele precedente, se are în vedere „perceperea" a ceva ce durează și are o semnificație; de exemplu, perceperea unei alte persoane ca fiind ostilă sau admirând subiectul, ca fiind valoroasă sau amenințătoare etc. Receptarea informațiilor „actuale" – care și ele pot dura un timp – ca structurate din punct de vedere al formei și semnificației, variază, în ipostazele menționate mai sus.

Situația cea mai pregnantă și simplă a „tulburărilor perceptive" este aceea în care perturbat e aspectul formal. Este cazul iluziilor ce le întâlnim și în normalitate și în psihopatologie. Cazuri speciale sunt cele ale „paraeidoliilor", „halucinațiilor funcționale" și, în sfârșit, al halucinațiilor. Halucinațiile constau, în esență, dintr-o percepție care nu are la bază o sursă de informații actuale adecvate (deci, derivă, în primul rând, din memorie și imaginar). Ele pot fi susținute în structura lor de informații actuale vagi și nestructurate (pe diagrama paraeidolie – halucinații funcționale). Capacitatea de rememorare reprezentativă a psihismului uman intervine, desigur, într-o manieră perturbată, distorsionată, pentru a susține acest fenomen. Deși spectaculoase și importante pentru nosologia psihiatrică, halucinațiile reprezintă doar un aspect al patologiei percepției subiectului, domeniu pe care am început a-l comenta prin fenomenul derealizării.

Un alt aspect psihopatologic, care merită atenție, este cel al apercepției. Acum e vorba de o deficiență a structurării comprehensive a câmpului perceptiv. Subiectul recepționează, deci „percepe", efectiv, toate elementele unei situații

date în care se află, dar nu le poate descifra înțelesul, nu poate înțelege semnificația întregului configurației perceptive. El vede tot ce se întâmplă în jur, recunoaște toate persoanele, receptează corect toate informațiile, dar nu poate înțelege „despre ce e vorba". Persoana poate asculta cu atenție mesajul verbal al unei alteia, înțelegând fiecare cuvânt în parte și unele conexiuni, dar nepricepând semnificația de ansamblu a mesajului. Apare o anxietate secundară. Tulburarea de tip aperceptiv se articulează cu perturbarea capacității de sinteză a conștiinței ce conduce la dezorganizarea ideo-verbală.

O altă situație psihopatologică importantă este dispoziția delirantă („basale Wahnstimmung" în germană). Aceasta precede, de obicei, instalarea delirului primar. Acum, lumea îi apare subiectului nu doar ca stranie și bizară – ca în derealizare – ci ca având o legătură misterioasă cu el însuși. Nimic din ceea ce e perceput nu pare a fi întâmplător, totul gravitează în jurul său parcă având semnificații ascunse. Anxietatea se amplifică până la paroxism. Din această stare tensionată, în urma unei percepții sau intuiții (delirante), se cristalizează brusc tematica unui delir, de obicei paranoid (de persecuție). De exemplu, subiectul întâlnește o cunoștință; dintr-o dată, se naște în el întrebarea: ce caută X aici? a venit oare special să mă întâlnească? sau, vede trecând pe stradă o mașină de culoare roșie: „ce înseamnă oare aceasta? ce mi se pregătește? Vede un grup de 3 persoane discutând: „de ce sunt chiar 3?"; trece o mașină ce are un număr de înmatriculare 1343: „ce înseamnă faptul că din nou apare numărul 3?"; întâlnește o femeie îmbrăcată în roșu: „de ce oare culoarea roșie reapare mereu?" „ce semnificație are oare aceasta?", „ce se pune la cale?" etc. În dezvoltarea dispoziției delirante poate apărea presentimentul apariției unei catastrofe ce se însoțește de o anxietate anticipatorie extremă.

Corelațiile dintre maniera distorsionată de percepere a semnificației lumii ambiante resimțite nemijlocit – dar, de obicei, de-a lungul unei anumite perioade de timp – și instalarea delirului, subliniază articularea profundă între fenomenul perceperii semnificațiilor lumii trăite și cel al organizării convingerilor și credințelor privitoare la poziția persoanei în lumea sa umană proprie, în relație cu ceilalți, determinați pozitiv; dar și cu lumea în ansamblu. Fapt ce articulează patologia percepției de cea a convingerilor delirante. În această direcție problematică vom semnala și alte aspecte.

Există situații în care subiectul este în mod deosebit preocupat de felul în care apare în fața altora, în care este receptat, comentat și evaluat de către alții (vorbim acum de situații și nu de aspecte structural-caracteriale, cum ar fi cele ale persoanei paranoide). Unele din aceste situații sunt comprehensibile.

Când cineva a trăit public un eveniment penibil, ruşinos, în perioada imediat următoare, mergând pe stradă, poate avea impresia că alţii îl privesc în mod deosebit, ca şi cum ar cunoaşte ce i s-a întâmplat. La fel, când subiectul îmbracă pentru prima dată un costum nou, mai excentric, parcurge zona publică cu o anumită tensiune, atent dacă alţii nu se uită în mod special la el. În perspectiva evoluţiei spre psihopatologie – sau a rupturii psihopatologice endogene – subiectul poate „percepe" (poate avea sentimentul „perceptiv") că pe stradă lumea se uită în mod deosebit la el. Mai mult decât atât, poate avea impresia – printr-o distorsionare a datelor şi semnificaţiilor elementelor perceptive – că anumite persoane întorc capul, ca să-l privească în mod special; sau că, după ce au trecut pe lângă el, se reunesc pentru a putea discuta despre el, pentru a-l comenta, de obicei negativ, denigrator. Subiectul poate avea impresia că „ceilalţi" îşi fac semne între ei, privitor la persoana sa, că „sunt înţeleşi între ei", că, imediat ce l-au văzut, se întâlnesc să-l bârfească, că zâmbesc unul către altul cu subînţelesuri care semnifică consensul de batjocorire a sa. Sau, la serviciu, în momentul în care el intră, se lasă o tăcere de mormânt, toţi întrerupând convorbirile pe care (probabil sau desigur) le-au purtat până atunci despre el, comentându-l negativ.

„Atmosfera perceptivă" distorsionată, menţionată în situaţiile de mai sus, începând cu „derealizarea", trecând prin „dispoziţia delirantă" şi încheindu-se cu „sentimentul de relaţie senzitivă", poate fi – şi este deseori – marcată de „iluzii" fondate pe distorsiuni de interpretare a semnificaţiilor. Adică, perceperea vagă, insuficient de clară a unor date informative, este preluată şi prelucrată de „aşteptarea" distorsionată ce pre-dispune spre o anumită expectanţă a sensului mesajelor; iar insuficienta claritate perceptivă este completată prin imaginaţie, în sensul acestei expectanţe, inducând certitudinea unei semnificaţii perceptive, la care subiectul tocmai se aştepta.

Perturbarea psihologiei persoanei, ce se manifestă în prima linie prin distorsiuni dispoziţionale – precum depresia şi euforia, anxietatea, ostilitatea-iritabilă, indiferenţa etc. – poate pregăti terenul pentru anumite pre-dispoziţii de interpretare a semnificaţiilor datelor perceptive şi a informaţiilor, în general. O persoană euforică, ce tinde spre manie, e pre-dispusă să interpreteze semnificaţia datelor perceptive din evenimentele pe care le trăieşte predominant în sensul confirmării „dinspre exterior" a propriei valori, a justeţei proiectelor sale expansive. O alta, cu o poziţionare dispoziţională depresivă, tinde să interpreteze semnificaţia datelor perceptiv-evenimenţiale ca susţinând – confirmând – lipsa sa de valoare, vinovăţia sa, boala sa incurabilă. Cineva care este predominant anxios

(nesigur şi lipsit de încredere) e predispus să interpreteze semnificaţia datelor perceptiv-evenimenţiale în sensul atitudinii ostile a celorlalţi, a lumii, în general, în sensul angrenării sale pe un drum al pierzaniei, al condamnării şi anihilării. Dacă această poziţionare atitudinală afectivă anxioasă se cuplează cu una tensionat-agresivă (iritabilă şi ostilă) faţă de alţii, datele perceptiv-evenimenţiale vor argumenta justeţea atitudinii de luptă şi combativitate. Ultimele două poziţionări atitudinale se pot combina, elementul comun fiind neîncrederea, bazată pe nesiguranţă; şi care iradiază atât în direcţia anxietăţii, cât şi în cea a ostilităţii agresive. Aceasta este starea psihopatologică ce a fost numită în psihopatologie ca „paranoidie".

5.9.10. Sentimentul „punerii sub supraveghere" şi cel de „transparenţă-influenţă"

Perturbările şi distorsionările perceptive amintite susţin o raportare particulară a subiectului la lumea sa corelativă, mai ales în ceea ce priveşte „lumea umană", „ceilalţi". Pe această cale se iese treptat din firescul existenţei, spre modalităţi anormale, patologice, care exprimă discontinuitatea cu existenţa biografică firească. Una din căi constă din sentimentul (impresia, convingerea) subiectului că este pus sub o supraveghere continuă. O astfel de trăire poate fi, până la un punct, normală sau adecvată contextului. În religia iudeo-creştină a fost cultivată ideea ochiului atotvăzător al lui Dumnezeu, de care nu te poţi ascunde (fapt ce susţine, între altele, şi posibilitatea sentimentului de culpă şi interioritate psihică intimă). Apoi, faptul ca, cineva să fie pus sub supraveghere şi urmărit de organe abilitate publice (poliţie, serviciile secrete) sau de alte persoane (spioni, rău voitori) este un fapt posibil în anumite împrejurări sociale. În regimurile totalitare şi în anumite situaţii se practică interceptarea telefonică, înregistrarea convorbirilor, filajul unor persoane suspecte. Toate aceste aspecte pot cădea sub un regim existenţial special, atunci când intrăm în zona psihozelor endogene. Faptul de a fi pus „sub supraveghere" devine, în situaţii psihopatologice, o trăire constantă şi prevalentă, nejustificată prin nimic, care acoperă majoritatea preocupărilor subiectului. Acesta se simte nu doar privit pe stradă de către toată lumea în mod deosebit, ci, uneori şi urmărit; iar urmărirea e realizată de grupe întregi de persoane, uneori deghizate, care preiau unul de la altul sarcini, se transferă în maşini, îl fotografiază şi filmează cu camera de luat vederi, îi înregistrează orice mişcare, din avion, satelit etc. O altă formă a supravegherii,

trăită patologic, constă în sentimentul că este mereu înregistrat cu microfoane plasate în diverse locuri, dar mai ales în casă, cu violarea spaţiului intim, care-l constituie propria locuinţă. În acelaşi timp, subiectul e convins că i se ascultă convorbirile telefonice, că, în lipsa sa de acasă, „alţii" îi cercetează apartamentul, umblă în dulapuri, sertare, hârtiile personale. Toate aceste trăiri pot fi întreţinute de iluzii sau percepţii deformate, tocmai de aşteptările sale cognitive distorsionate. Punerea sub supraveghere şi violarea intimităţii pot fi resimţite şi sub forma „iluziei Sosia": subiectul are impresia că o altă persoană, străină, a preluat identitatea unei persoane apropiate – de exemplu, s-a substituit soţiei – pentru a fi în permanenţă în apropierea sa şi a-l spiona; sau, „iluzia Fregoli" care constă în sentimentul că o anumită persoană ostilă, ia diverse înfăţişări, tocmai pentru a fi în preajma subiectului, a şti totul despre el şi a pregăti terenul unei acţiuni exterioare, negative.

Un pas şi mai accentuat în această direcţie psihopatologică îl constituie sentimentul de transparenţă-influenţă.

Domeniul de psihopatologie, ce este acum comentat, afectează structurarea spaţial-antropologică între zona intimă şi cea publică a psihismului persoanei[51]. În mod firesc, aceasta este organizată prin praguri succesive, în interiorul subiectivităţii conştiente, a polarizării între o zonă a intimităţii şi secretului personal, a emergenţei spontane a deciziilor şi a cunoaşterii de sine autentice. Iar pe de altă parte, o zonă a manifestărilor în raport cu persoane aflate la diverse distanţe psihologice: – apropiate (familiale); – cunoscute dar nefamiliale; acceptate prin condiţia oficială de statut şi rol social; – îndepărtate şi indiferente. În mod firesc, normal, subiectul resimte, ca definitoriu pentru existenţa sa conştientă, faptul de a avea controlul situaţiilor ce reglementează aceste relaţii aflate la diverse distanţe psihice interioare, fie că e vorba de apropierea faţă de zona intimităţii, fie că e vorba de deciziile pe care subiectul le ia în numele său personal, angajându-l ca autenticitate şi responsabilitate.

Notă: De obicei, subiectul resimte faptul că, în cele mai multe împrejurări, decide singur; dar, oricine poate recunoaşte faptul că, în diverse condiţii, acceptă deciziile – sugestiile, recomandările, poruncile, rugăminţile – ce vin din partea altora; şi pe care, nerefuzându-le, nu-şi alienează instanţa propriei decizii intime. Psihopatologia începe din momentul în care sentimentul acestei libertăţi de decizie este perturbat, subiectul simţindu-se ca o marionetă, la liberul plac al deciziilor altora.

[51] A se vedea paragraful 5.2.3.

Modificări ale distanţelor psihice menţionate, cu intruziunea altora în intimitatea subiectului, avem şi în situaţiile extreme ale normalităţii, aşa cum ar fi: – smulgerea secretelor personale prin tortură şi şantaj; – supravegherea şi spionajul vieţii personale; – controlul deciziilor subiectului prin dominare, poruncă imperativă, sugestie, în stare de transă.

În psihopatologie, întâlnim ceea ce poate fi numit sindromul sau fenomenul de transparenţă-influenţă. Subiectul are impresia, sau e convins, că alţii îi cunosc gândurile, sentimentele şi intenţiile cele mai intime; lui i se pare că acestea devin publice – deci cunoscute nu doar de un anume altul, ci de alţii, în general, de oricine – prin difuzarea gândirii, sonorizarea gândirii etc. Dar, persoana poate resimţi şi că este victima unei acţiuni active din partea „altora" – mai mult sau mai puţin impersonali – de „extragere" a gândurilor, de „furt" al gândirii, de supraveghere şi monitorizare a gândirii, de impunere a gândurilor din exterior. Uneori, situaţia e mai subtilă şi subiectul resimte, „în mintea sa", cum altul îi vorbeşte, de obicei, îi ordonă (dar nu din exterior, ca într-o percepţie halucinatorie). Problema dialogului interior, firesc oricărui subiect conştient, pare a scăpa de sub control. Oricum, în cadrul sentimentului de „influenţă xenopatică", subiectul are impresia că alţii – definiţi sau nu, cu mijloace precise sau vagi – îi controlează şi dirijează afectivitatea, senzaţiile corporale, acţiunile. Astfel încât, el se simte ca un automat, dirijat din exterior.

Atât sentimentul punerii sub supraveghere, cât şi cel de transparenţă-influenţă ne plasează în marginea delirului; sau chiar, cu un pas în plus în interiorul acestuia. Perturbările perceptive descrise în ultimele două paragrafe, fie ele formale sau de semnificaţie, realizează aceeaşi poziţionare, se plasează pe acelaşi drum. Aceste trăiri, care, în cele din urmă, ajung să fie solidare cu delirul, deşi se derulează, în primul rând, în interioritatea subiectivităţii conştiente, au un important impact asupra comportamentului efectiv, cu scop şi sens a subiectului. Intenţionalitatea fenomenologică şi cea de tip cognitivist se articulează şi la acest nivel. Iar elementul esenţial de legătură este delirul.

5.10. Delirul

Delirul, în sens restrâns, constă în convingerea fermă (absolută, de nezdruncinat), cu valoarea evidenţei şi credinţei, subiectului într-o temă (teză) neadevărată, de obicei bizară, absurdă sau imposibilă, în context; şi care nu poate

fi modificată prin argumente (183). Tema delirantă are un aspect discursiv, şi poate fi formulată ca atare: „sunt urmărit, pentru că am fost ales şeful mafiei şi sunt periculos pentru alţii". În formă completă, tematica delirantă cuprinde elementele unei tetrade relaţionale:

– Părerea subiectului despre sine;

– Părerea subiectului despre altul – alţii;

– Părerea subiectului privitor la punctul de vedere al altuia (altora) în raport cu sine;

– Părerea subiectului faţă de lumea înconjurătoare şi asupra a ceea ce urmează să facă.

Frecvent, subiectul conştientizează sau afirmă doar unele din aceste aspecte, ce trec în prim plan. Dar, merită să fie subliniată similaritatea cu elementele „tetradei cognitive" ce stau şi la baza tulburărilor de personalitate şi a vulnerabilizării persoanei, pentru diverse suferinţe psihice.

Convingerea delirantă este expresia unui proces la care se ajunge pe diverse căi. O primă etapă constă dintr-o poziţionare atitudinală (afectivă) a subiectului, ne-tematică, dar care conţine în germene elementele tetradei relaţionale amintite. Astfel, este trăirea depresivă, maniacală, anxios-fobică şi ostilă, în anumite aspecte ale sale. De la depresie şi manie se poate ajunge destul de direct la delir, deoarece poziţionările atitudinale sunt ele însele pre-tematice. De exemplu, depresivul nedelirant, are deja o părere proastă despre sine, că alţii sunt mai capabili decât el, că merită să-l dispreţuiască, că lumea nu are sens şi că el trebuie să se retragă întru nimicnicie. Maniacalul are o părere bună despre sine: se simte energic şi foarte capabil, părerea despre alţii e condescendentă, aşteaptă de la ei admiraţie şi e gata să acţioneze în permanenţă hiperperformant în lume (de obicei, perturbând-o). În măsura în care aceste trăiri trec în prim plan şi sunt tematizate, putem vorbi de un delir congruent. În ambele cazuri, intervine, şi în cursul procesului de constituire a delirului, un moment de depersonalizare, de aplatizare a eu-lui, cu anularea a ceea ce psihopatologii, de orientare fenomenologică, au numit „eul empiric", pentru a se ajunge la limitele eu-lui conştient, comparate cu „eul transcedental" a lui Huserl. Acesta este deseori mascat, dar stă la baza nesiguranţei şi a negării de sine a depresivului şi a sentimentului modificării identităţii (= transformarea în alte persoane sau invocarea unor descendenţi iluştri) în cazul maniei. Cea mai importantă şi frecventă temă delirantă din zilele noastre este însă cea paranoidă, de atitudine ostilă pe care alţii o au în raport cu sine, a cărei organizare progresivă sau trepte constitutive au fost menţionate în paragrafele anterioare. Tematica paranoidă se poate dife-

renţia. Astfel, putem întâlni convingerea că ceilalţi au o atitudine dispreţuitoare, de devalorizare, batjocorire; sau convingerea că aceştia încearcă să-i producă un prejudiciu, că vor să-l maltrateze, să-l chinuie, să-l suprime, să-l omoare.

Delirul, înţeles în sens lărgit, antropologic, este poate fenomenul nuclear al psihopatologiei. El reprezintă, în cele din urmă, o reducere, o ratatinare până la caricatură atât a identităţii persoanei, a eului, a subiectului conştient, cât şi a concepţiei sale, structurată asupra lumii, orientată de anumite linii de forţă (a „Weltanschang-ului" său). Cu alte cuvinte, e distorsionată resimţirea propriei poziţii în lume, în cosmos, în cosmosul uman pe care eul îl centrează şi în care subiectul „ek-sistă". Ceea ce caracterizează în mod esenţial delirul nu este neadevărul sau aberaţia sa tematică, ci reducerea libertăţii (interioare) de opţiune, a posibilităţii de a fi deschis spre variante ale lumii cunoscute şi imaginate, spre lumile posibile, care, prin sumare şi sinteză, asigură concepţia privitor la propria prezenţă în lume, alături şi împreună cu cea a celorlalţi, în cadrul lumii comunitare (a lui „Koinos logos" în formularea lui Heraclit). În cazul delirului, este intens perturbat, adică deficitar, atât polul subiectului, cât şi cel al lumii sale corelative – structurate prin opinii, convingeri, credinţe – şi care poate fi „tematizat", dar şi inclus în „lumea comunitară" şi în „lume în genere". Subiectul depersonalizat şi neliber este absorbit de tematica sa delirantă – ca visătorul de către vis, ca să folosim o comparaţie a lui H. Ey – astfel încât, existenţa sa propriu-zisă de persoană conştientă este temporar sau definitiv anulată. Pentru el, lumea rămâne doar lumea delirantă în care crede, cu care face un cuplu, detaşat din autentica existenţă în lume a fiinţei umane. El devine un „alienat mintal". Şi acţionează în conformitate cu aceste convingeri delirante. Intenţionalitatea conştiinţei – semnificantă – în sens receptiv şi atributiv – se conjugă cu proiectele de acţiune şi cu actele comportamentale ce au la bază aceste convingeri. Astfel încât, se realizează o conjuncţie şi o sinteză între intenţionalitate înţeleasă în sens fenomenologic şi cognitivist.

5.11. Dezorganizarea (disociaţia) persoanei în plan ideo-verbal şi motivaţional-comportamental

Subiectul este ancorat în lume prin trăirea unui prezent în cadrul căruia rezolvă situaţii problematice. Acestea pot fi predominant practice sau teoretice, rezolvabile prin acţiuni motorii sau prin limbajul noţional, cele două aspecte

intricându-se de obicei. Desigur, există o „gândire", un fel de raţionament pragmatic, şi la animalele ce nu posedă un limbaj discursiv-critic (noţional), pe care persoana umană o moşteneşte, o dată cu fondul său biologic. În mod obişnuit şi firesc însă, rezolvarea unei probleme presupune: perceperea corectă şi înţelegerea situaţiei problematice, evaluarea resurselor proprii (şi a celor accesibile), precum şi a direcţiei evolutive a situaţiei respective;[52] imaginarea unor proiecte, în vederea obţinerii unui rezultat (scop-sens); implementarea acestor programe prin acţiuni (motorii-fizice şi lingvistice) semnificante, care sunt raportate, prin informaţii inverse, la strategia preconizată; evaluarea şi sancţionarea rezultatului final al acţiunii. În funcţie de tipul şi amploarea acţiunii, toţi parametrii menţionaţi mai sus pot să varieze. Ceea ce îi leagă împreună este sinteza actuală, centrată de obiectiv (sens), identitatea cu sine a persoanei, mereu reactualizată în orice demers intenţional delimitat. Una din caracteristicile fundamentale ale conştiinţei (eului) este capacitatea sa de sinteză (ce a fost adânc comentată de Kant în „Critica raţiunii pure"). Sinteza realizată de eu include continuu toate elementele proiectului în curs de realizare şi se împlineşte o dată cu finalizarea acţiunii. Laxitatea acestei sinteze conduce la stări anormale sau psihopatologice. Indecizia iniţială, marea dificultate de a se hotărâ, faptul de a avea în acelaşi timp atitudini divergente, de a începe şi părăsi acţiuni în sens opus etc., au fost reunite de Bleuler, sub eticheta de ambivalenţă (aceasta se referă şi la faptul de a iubi şi urâ în acelaşi timp, aceeaşi persoană, la a avea concomitent gânduri contradictorii etc). De asemenea, se consideră patologică o manifestare sau o acţiune (motorie şi/sau lingvistică), insuficient sau deloc, motivată şi/sau argumentată (într-o manieră incomprehensibilă). De exemplu, râsul fără motiv sau într-o situaţie tristă; lovirea gravă a unui copil, fără justificare; sau cu argumentaţia că subiectul a avut impresia că acesta vorbeşte prea tare. În aceste cazuri se vorbeşte de dezorganizare (disociaţie, „Spaltung") motivaţional-comportamentală. Deficitul de sinteză se poate constata şi în vorbire, dar mai ales în scris. În mod firesc, atunci când ne exprimăm prin limbaj, susţinem un discurs (de diverse amplori) sau redactăm un text. Toate acestea trebuie să aibă o coerenţă interioară care să le permită inserţia în context şi să exprime ceva semnificant (cu sens pentru ceilalţi). Există şi în normalitate grade variate de laxitate a unei astfel de coerenţe, ce se manifestă în stiluri de vorbire

[52] A se vedea paragraful 5.2.3.

şi exprimare mai particulare, greoaie, încâlcite, eliptice, insuficient de articulate între ele şi în raport cu contextul. În starea patologică ce o comentăm acum, întâlnim o gravă dezorganizare a sintezei acţiunii şi exprimării şi o rupere evidentă a sa de context. Textul discursului este acum eliptic sau supraelaborat, cu repetiţia inutilă a unor expresii sau imagini (stereotipii), formule de politeţe şi de introducere inutile (manierism), cu blocări şi reluări nejustificate ale gândirii-vorbirii, în alte direcţii. Pot interveni grave distorsiuni gramaticale şi logice, alunecări semantice, înlocuirea sau asocierea cuvintelor prin asonanţă, inventarea de cuvinte, expresii, semne sau cuvinte noi (neologisme). Toate acestea marchează dezorganizarea ideo-verbală, la baza căreia stă deficienţa de sinteză şi coerenţă a semnificaţiei discursului comunicant. Şi, în sens mai general, deficienţa de sinteză şi semnificaţie a derulării actului proiectat, prin care subiectul încearcă să rezolve eficient şi semnificant o situaţie problematică. Dezorganizarea şi deficienţa „sintezei" persoanei conştiente poate progresa de la nivelul situaţional (al acţiunii şi comunicării), spre modalităţi mai ample ale temporalităţii trăite, în sensul duratei, identităţii şi structurii persoanei. În cele din urmă, aşa cum poate fi dezorganizată manifestarea subiectului într-o situaţie determinată, poate fi prezentă dezorganizarea – adică insuficienţa – deficienţa de articulare a sa într-un sistem coerent, la un nivel global, în perspectiva continuităţii biografico-structurale a persoanei.

La acest nivel, merită menţionat că reala creativitate artistică, în mod obişnuit tensionează formele şablon de expresie, semnificare şi comportament. Dar, creaţia autentică în general – nu doar cea artistică – reprezintă un mesaj real ce difuzează cu sens în comunitatea culturală; fapt ce contrastează cu eşuarea de comunicare a discursului dezorganizant. Dezorganizarea ideo-verbală şi motivaţional-comportamentală semnificantă se plasează, deci, în zona eşuării tentaţiei de creativitate, ca un opus simetric al acesteia, în direcţia decăderii şi alterării comunicării.

Spre deosebire de convingerea delirantă, care în forma sa nucleară se coagulează într-o trăire tematică ce poate fi formulată discursiv în cazul dezorganizării ideo-verbale, nucleare problematica „tematicului" dispare, tema nemaiputându-se organiza. Ea poate să se infiltreze în plan secund, prin semnificaţiile „semantemelor" sau a fragmentelor de discurs care sunt manifestate de către subiectul care, în starea sa de dezorganizare mintală, este concomitent şi delirant. În delir întâlnim o anumită poziţionare „thetică" ce stă în spatele organizării convingerii tematice aberante. În cazul dezorganizării ideo-verbale şi

comportamentale propriu-zise, această poziţionare lipseşte. De fapt, în locul ei e prezentă indiferenţa majoră, conjugată cu o tulburare aperceptivă. Această indiferenţă este acum expresia anulării „eului empiric", în sensul în care acesta se află în deficienţă în întreg grupajul psihozelor endogene, cu tendinţa de a se evidenţia în modalitatea sa „eul transcedental" (pentru această înţelegere fenomenologică a psihozelor, a se vedea Tatossian (93). Acum, situaţia e chiar mai gravă decât în cazul tulburărilor psihotice de tipul maniei, depresiei majore, delirului halucinator. Deoarece, în această situaţie, chiar conturul ultim al „eului transcedental" pare a fi depăşit. De aceea, în studiul său clasic asupra schizofreniei hebefrene (dezorganizante), Blankenburg (187) susţinea că, în aceste cazuri, în care se pierde „sentimentul evidenţei" naturale a lumii, mai persistă doar fundalul pe care se sprijină eul conştient, adică corporalitatea (desigur, înţeleasă în sensul ei antropologic). O manifestare psihopatologică, în această direcţie, este cea a perturbării „apercepţiei". Reamintim că prin „apercepţie" se înţelege structurarea semnificaţiei unui ansamblu perceput, resimţirea adecvată a situaţiei şi înţelegerea legăturii dintre datele perceptive, astfel încât, acestea să formeze un tot coerent şi cu semnificaţie. Ideea a fost dezvoltată de şcolile din Bonn (188) şi din Frankfurt (189) care au elaborat şi instrumente de evaluare a „coerenţei" înţelesului, discursului şi acţiunii.

De fapt, indiferenţa apato-abulică reprezintă tot o invazie a nimicului în interiorul fiinţei umane; la fel ca – într-o altă modalitate – în trăirea anxietăţii. În comentariul său celebru, privitor la tema „Ce este metafizica", Heidegger (167) indica ambele aceste zone ca fiind cele ale interferenţei dintre fiinţă şi nefiinţă. Angoasa, pe de o parte, plictisul cumplit al golului trăit subiectiv, pe de altă parte. În acest sens a pledat şi Kirkegaard, (165) pentru care plictisul şi angoasa sunt situaţii limită ale fiinţării, ce alunecă spre nefiinţă. Mai pot fi trecuţi în revistă şi alţi autori, între care şi unii psihopatologi, de exemplu, Minkowski (182). (Şcoala psihoterapică din Viena – Frankl-Langle – comentează problematica „lipsei de sens" înţeles ca şi „vid psihic interior", dar într-un plan intramundan, în planul „eului empiric"). Ceea ce credem că e important este sublinierea faptului că, la nivelul limită al existenţei specific umane, la limita „egoului transcedental" în sensul lui Husserl, întâlnim două situaţii în care existenţa şi nimicul interferează: anxietatea şi indiferenţa apato-abulică. Motiv în plus pentru a considera că „experimentul natural" al tulburării psihice este exemplar pentru evidenţierea infrastructurii persoanei umane conştiente, într-un sens antropologic profund, fundamental chiar.

Omul, înţeles în specificul său uman, deci ca persoană conştientă, poate aluneca spre nefiinţă, spre nimicnicirea existenţei sale, fapt ce echivalează cu moartea, în alte modalităţi însă decât moare un individ biologic. O modalitate într-un fel comună ambelor fiinţări – umană şi biologică – este degradarea intelectuală din demenţa organică, ce are la bază moartea neuronilor din creier şi deteriorarea, pe această cale, a psihismului în genere. Subiectul conştient se poate raporta la nefiinţa morţii, însă, şi în modalităţile pe care le evidenţiază căderea în anxietate, negarea depresivă sau pustiirea afectiv-tranzitivă ce stă în spatele dezorganizării ideo-verbale. Există, deci, multe feluri de a muri. Iar această moartea psihică, specific umană, ce a fost menţionată mai sus, se infiltrează pe întortocheate căi, în viaţa de zi cu zi a oamenilor.

Merită să fim atenţi, să fim capabili de a o pricepe şi descoperi; şi, dacă e posibil, să oprim evoluţia ei, să promovăm bogăţia existenţei bune, frumoase şi adevărate.

5. Bibliografie, note, comentarii

5.1. Capitolul 5, între 5.1. şi 5.7., intenţionează o prezentare a elementelor structurale fundamentale ale persoanei umane conştiente, constituite într-o structură (schemă, tablou) de referinţă, pentru o analiză antropologico-fenomenologică a psihopatologiei, a cărei schiţă va fi prezentată începând cu paragraful 5.9. Textul reia, într-o manieră mai sistematică şi explicită, ceea ce era sugerat într-o lucrare a autorului, apărută în 1989.

139. Lăzărescu, M., (1989), *Introducere în psihopatologia antropologică*, Ed. Facla, Timişoara.

În lucrarea menţionată mai sus, metodologia era alta: se pornea de la principalele fenomene psihopatologice bazale (considerate din principiu ca limitate) şi se încerca să se descifreze infrastructura portantă a conştiinţei, ce le-ar putea clarifica, considerată şi ea ca organizată în jurul unor elemente limitate; prin decizie metodică era exclusă recurgerea (trimiterea) la explicaţii (condiţionări sau fundamentări) biologice. În prezent, procedăm în altă manieră, pornind de la o expunere sistematică a elementelor considerate ca şi constituind, în ansamblul lor, liniile de forţă ce structurează şi susţin persoana conştientă. Expunerea fenomenelor psihopatologice e făcută ulterior. (Excludere metodică, în sensul unui experiment mintal, a bazelor biologice ale persoanei e practică şi acum, dar cu evidentă intenţie de provizorat şi de reîntoarcere la conjuncţia reală dintre individualul antroposului şi cel al biosului). Dacă în lucrarea menţionată mai sus exista o tentativă a deducerii acestor elemente cheie – şi a articulării lor – din însuşi faptul fenomenelor psihopatologice fundamentale, acest demers nu mai e repetat în prezentul capitol; deşi, credem în continuare că el este posibil. În cele din urmă, procedeul sesizării şi selectării elementelor infrastructurale constitutive ale individualului umanului se vrea a fi unul fenomenologic, în sensul în care îl practică Heidegger în „Sein und Zeit" (a se vedea 129 bibl.), dar fără amploarea şi pretenţiile respectivului demers.

Dintre termenii comentaţi în paragraful 5.1. cel de persoană nu poate beneficia, la nivelul intenţiilor lucrării de faţă, de nici o bibliografie, dată fiind amploarea comentariilor psiho-sociologice, antropologice, teologice şi filosofice privitoare la acest concept. Acelaşi lucru se poate afirma şi despre termenii de conştiinţă şi subiectivitate. Doar că, orientarea predominant fenomenologică a capitolului nu poate ignora opera lui Husserl, mereu citată, din care amintim câteva titluri, ce au avut impact asupra psihopatologilor fenomenologi.

140. a) Husserl, E., (1950), *Idées directrices pour une phénoménologie*, Ed. Gallimard, Paris.
b) Husserl, E., (1994), *Filozofia ca ştiinţă riguroasă*, Ed. Paideia, Bucureşti.
c) Husserl, E., (1994), *Meditaţii cartesiene*, Ed. Humanitas, Bucureşti.
d) Husserl, E., (1976), *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcedentale*, Ed. Gallimard, Paris.
e) Husserl, E., (1970), *Experience et jugement*, P.U.F., Paris.

În a) este deja anunţată posibilitatea unei psihologii fenomenologice care să fie paralelă filosofiei, idee ce se menţine şi în d) şi care a stimulat pe psihopatologii europeni. În c) şi d) este dezvoltată ideea „intersubiectivităţii transcedentale" care, într-un fel, vine în întâmpinarea ideii lui Popper despre lumea a 3-a (privitoare la universul discursurilor ştiinţifice adevărate pentru mai mulţi). Odată menţionat Husserl, nu poate fi ignorată o carte a lui Heidegger – care i-a fost, de fapt, elev şi l-a urmat la catedră – lucrare celebră şi pentru filosofie şi care a atras – prin perspectiva sa globală asupra fiinţării şi fiinţei umane, dar şi prin unele aspecte speciale ale sale – mai mulţi psihopatologi, începând cu Binswanger (care a şi scris, în tinereţe, un articol despre influenţa „esenţială" a respectivei cărţi, pentru înţelegerea psihopatologiei). E vorba de:

141. a) Heidegger, M., (1976), *Sein und Zeit*, Ed. Max Niemeyer, Tübingen.
b) Heidegger, M., (1994), *Fiinţă şi timp*, Ed. Jurnalul Naţional, Cluj (traducere parţială).

Trimiterile la Husserl şi la Heidegger au fost făcute deoarece o serie de mari psihopatologi ai sec. XX s-au impregnat de o viziune asupra omului (ca individ) derivată din – şi corelată cu operele acestor filosofi. Subliniem deci, faptul că, toate dezvoltările din lucrarea de faţă nu au legătură directă cu destinul „filosofic" al acestor autori şi al operei lor în ansamblu. Totuşi, articulaţiile între meditaţia speculativ-critică a filosofiei (asupra ştiinţei, devenirii, fundamentelor adevărului etc.) şi felul în care psihopatologii s-au văzut „obligaţi" să abordeze fiinţa (ek-sistenţa persoanei umane, înţeleasă în fundamentele ei) a rămas o constantă de-a lungul veacului XX. Din opera citată, a lui Heidegger, ideea cea mai fecundă pentru psihopatologie a fost existenţa unei structuri de elemente fundamentale, ultime, ce caracterizează „Dasein"-ul (=persoana umană) şi pe care autorul le numeşte „existenţiali".

5.2. Problema menţionată mai sus poate fi exemplificată prin destinul noţiunii de „eu" (înţeles ca eu „eu-conştient", având o identitate determinată şi centrând o persoană umană dată). Problema apare în prima lucrare remarcabilă a psihopatologiei, în „Allgemeine Psychopathologie" a lui Jaspers, care, de la prima sa ediţie (1911) şi până la ultima, revăzută de autor (1947), ridică în permanenţă, ca o temă centrală a psihopatologiei, conceptul de „Ich-Bewustsein" (=eu conştient şi, în acelaşi timp, „conştiinţă a eului"). Această temă a străbătut întreaga psihopatologie clasică germană, fie că era sau nu corelată cu metodologia fenomenologică sau cu concepţia existenţialistă asupra omului. Jaspers, care a părăsit psihiatria şi psihopatologia pentru filosofie, s-a folosit din plin de acest concept în lucrările sale filosofice, inclusiv în cartea sa, în 3 volume, intitulată chiar „Philosophie". A se vedea:

142. Jaspers, K., (1986), *Texte filosofice*, Ed. Politică, Bucureşti.

Psihopatologii din întreaga lume, apropiaţi sau nu de fenomenologie şi existenţialism, s-au văzut obligaţi să abordeze problematica „eului conştient" (Ich-Bewustsein), definit prin identitatea sa. O bună sinteză a dezvoltărilor psihopatologice ce s-au inspirat din aceste doctrine, dar au evoluat spre o psihopatologie mai mult sau mai puţin pragmatică, o întâlnim în Scharfetter (29.b.), care abordează problema, în primul rând, din perspectiva conştiinţei (susţinută de eul identic cu sine). Autorul menţionat şi-a adus o contribuţie

deosebită la realizarea unui sistem extrem de pragmatic (utilizabil şi pe calculator) a unei foi de observaţie psihiatrică standardizată. E vorba de AMDP (35). După perioada sintetizată în lucrarea mai sus menţionată, problema „Ich-Bewustsein" nu a încetat până în prezent să frământe preocuparea psihopatologilor fenomenologico-existenţialişti şi a clinicienilor. Reamintim că şi psihanaliza a evoluat, după moartea lui Freud, în direcţia unor centrări asupra eului; care, în unele cazuri a stat la baza dezvoltării unei psihopatologii interpersonale. Toate aceste direcţii şi orientări psihopatologice (şi psihoterapeutice) nu constituie obiectul comentariilor din lucrarea de faţă.

Subiectivitatea îşi are, de asemenea, o ancorare temeinică în filosofia husserliană şi în existenţialism, în sensul în care aceste orientări (metodologii, doctrine) filosofice s-au articulat cu studiile psihopatologice. Ea revine în actualitate o dată cu ascensiunea actuală a orientării cognitiviste care însă, prin contrast cu tradiţia gândirii europene, are prea puţine cuvinte de spus despre subiectivitate.

În textul capitolului, identitatea eului conştient este considerată ca solidară cu spaţio-temporalitatea sa. Problema „temporalităţii trăite de subiect" a suscitat destul de mult interesul psihopatologilor. Aceasta se poate datora şi faptului că filosofia ce i-a inspirat pe psihopatologi a pus accentul pe timp, pe temporalitatea (trăită, a fiinţei umane) considerată ca un element privilegiat. E vorba de Bergson, Heidegger şi chiar Husserl, cel din ultima perioadă a gândirii sale. În această atmosferă, în prima jumătate a sec. XX apar lucrări de psihopatologie ce acordă importanţă deosebită timpului. Menţionăm:

143. Straus, E., (1935), *Von Sinn der Sinne*, Ed. Springer, Berlin.
144. Minkowski, E., (1933), *Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*, Ed. Delachoux et Niestlé, Neuchâtel. Lucrarea este inspirată din filosofia lui Bergson şi pune accentul pe durata trăită ce susţine identitatea.
145. Gebsattel, V. E., (1954), *Prolegomena einer medizinischen Antropologie*, Ed. Springer, Berlin. Lucrarea insistă asupra problemei devenirii în timp a persoanei; ea va mai fi citată în alte paragrafe.

– Binswanger a comentat, aşa cum s-a menţionat, importanţa cărţii lui Heidegger, Sein und Zeit, pentru psihopatologie. Dar el nu a preluat ansamblul structurii „existenţialilor" a Dasein-ului (echivalat cu persoana umană) pe care-i comentează autorul, ci doar câţiva, punând accentul pe caracteristica (existenţialul) de a-fi-în-lume (in der Welt sein). Într-un sens, fiecare om are lumea sa proprie („idion cosmos"), după formularea lui Heraclit, pe care Binswanger o comentează într-un amplu articol, dar care se articulează cu lumea comunitară („koinon kosmos" la Heraclit). Un alt „existenţial" reluat şi dezvoltat a fost cel de ek-sistenţă; fiinţa (Dasein-ul persoanei) nu e „dată", ci se construieşte prin proiect, adică prin pro-ject, prin faptul că prin imaginar, subiectul se pro-jectează pe sine, se „aruncă" în viitor, înaintând în direcţia proiectată. Psihopatologul elveţian a transpus această idee la lumea proprie a persoanei, în sensul că fiecare om are un proiect-al-lumii („Weltentwurf") care-l dinamizează şi susţine derularea existenţei sale ce se constituie ca o „biografie interioară". Apare astfel tema temporalităţii care nu stă însă, ca la Heidegger, sub

semnul finitudinii, a existenţei întru moarte şi a destinului, ci în faptul că ceea ce numim noi bolnav psihic este, de fapt, o variantă de „a-fi-altfel-în-lume", dezvoltând alte proiecte decât persoanele inserate în lumea comunitară. În ultima perioadă a vieţii, Binswanger a revenit la Husserl, aşa cum s-a afirmat el în ultimele lucrări (mai ales în Meditaţii Cartesiene), unde dezvoltă, de asemenea, tema temporalităţii – egoului transcedental – prin fenomenele de retenţie şi protenţie. Din această perioadă datează studiile asupra delirului, maniei şi melancoliei. În toată opera sa însă, Binswanger nu comentează liniile paralele de temporalitate ce se desfăşoară între a fi în situaţie şi durata profundă, aşa cum se face în prezenta lucrare.

Preocupările privitoare la tulburarea temporalităţii în psihopatologie se menţin. De exemplu:

146. Bühler, E., (1986), *Zeitlichkeit als psychologisches Prinzip*, Janus Press, Köln, lucrare din care menţionăm:

Problema spaţialităţii fenomenologico-antropologică proprie persoanei a fost comentată de psihopatologi, de asemenea, prin trimiteri la unii filosofi, între care, desigur, Heidegger şi Husserl, dar şi alţii. În Sein und Zeit, spaţialitatea nu e abordată într-o manieră specifică persoanei, ci într-una mai general umană (a distanţelor de parcurs în acţiune şi informaţie). Husserl, a cărui gândire s-a dezvoltat iniţial predominant solipsist, elaborează, în operele târzii, ideea „lumii intersubiectivităţii" (transcedentale). Nici una din aceste viziuni nu vorbeşte despre apropierile şi depărtările sufleteşti dintre oameni. În elaborarea de faţă, „spaţialitatea antropologică" este privită, în primă instanţă, din perspectiva apropierilor şi depărtărilor sufleteşti dintre subiecţii (persoanele) conştienţi. De aceea, există o interferenţă şi o tranziţie greu de delimitat între acest paragraf (5.2.3.) şi următorul (5.3) privitor la relaţiile subiectului conştient cu celălalt, ceilalţi; principalele trimiteri bibliografice (de orientare fenomenologică) sunt comune. Pentru început, menţionăm o lucrare clasică – dar credem şi fundamentală – în acest domeniu al distanţelor sufleteşti şi a posibilei lor suprimări prin contopirea intersubiectivă ce nu anulează identitatea persoanei. Este vorba de:

147. Blankenburgh, W., Ed., (1989), *Biographie und Krankenheit*, G. Thieme, Stuttgart.
148. Scheller, M., (1950), *Nature et forme de la sympatie*, Ed. Payot, Paris.

Lucrarea e importantă, mai ales pentru înţelegerea apropierii şi interpătrunderii sufleteşti ce se petrece în dragoste, cu păstrarea rangului valoric al persoanei. O altă perspectivă interesantă este cea care atrage atenţia asupra existenţei împreună cu altul, alţii, în cadrul unei comuniuni ce nu anulează personalitatea (ca în psihologia masei), ci instituie un fel de „noi"-tate („wirheit" în germană). Tema e tratată în:

149. Binswanger, L., (1953), *Grundformen und Erkentnis menschlichen Daseins*, Ed. Niehans, Zürich.

Binswanger analizează pertinent faptul că „existenţialul" „Mitsein" (=a fi cu cineva), pe care-l introduce Heidegger în „Sein und Zeit", nu subliniază ideea comuniunii şi interpătrunderii afective din dragoste şi prietenie, cu atât mai mult cu cât filosoful german îl asociază cu „grija" (faţă de altul). Dar nici Binswanger nu dezvoltă tema lui „wirheit" (deci a comuniunii, a „noi"-tăţii), într-un sens mai larg decât cel al relaţiilor interpersonale.

Faptul că distanţele psihologice interpersonale au o replică în interioritatea structurii conştiinţei a fost sesizată şi comentată pregnant în:

150. Nuttin, J., (1965), *La structure de la personalité*, Ed. P.U.F., Paris.

Paragraful ce se referă la relaţiile subiectului cu ceilalţi este corelat strâns cu precedentul. Desigur, pot fi aduse în discuţie multiple direcţii de studiu psihologice, privitoare la psihologia interpersonală şi cea socială, privitor la interacţiunile în grupuri mici, sau manifestările persoanei în societate. Pe lângă cele menţionate mai sus, ne limităm să semnalăm cercetările psihologiei privitoare la cogniţia socială, aşa cum se manifestă la adult – a se vedea Bandura (105) – cât şi în cadrul psihopatologiei developmentale – a se vedea Baron-Cohen (116).

Tema cogniţiei sociale este interesant dezvoltată într-o lucrare de etică.

151. Bauman, Z., (2000), *Etica postmodernistă*, Ed. Amarcord, Timişoara.

În ceea ce priveşte raportarea etică, ne limităm la concepţia lui Levinas:

152. Levinas, E., (1999), *Totalitate şi infinit*, Ed. Polirom, Iaşi.

5.4. Privitor la cunoaşterea lumii, reţinem formula cognitivistă, expusă de Bolton şi Hill (101), în legătură cu asimilarea acesteia cu o „teorie ştiinţifică", precum şi la construcţia şi întreţinerea ei prin logos, prin „jocuri de limbaj" în sensul lui Wittgenstein, autor ce s-a preocupat şi de problema formării certitudinilor:

153. Wittgenstein, L., (1976), *De la certitude*, Ed. Gallimard, Paris.

Totuşi, în ceea ce priveşte evidenţa, certitudinea, convingerea şi credinţa, abordarea acestei teme poate fi analizată doar până la un punct, dincolo de care ea poate fi doar constatată, la fel ca şi dragostea. De aceea, evidenţa (certitudinea) o enumerăm printre elementele constitutive ultime ale infrastructurii persoanei umane conştiente.

5.5. În ceea ce priveşte intenţionalitatea, trimitem, desigur, la cele două mari doctrine ce o consideră ca o temă centrală: fenomenologia lui Husserl (140) şi cognitivismul (114). În legătură cu acţiunea şi comunicarea, nu ne permitem nici un comentariu bibliografic.

5.7. Biografia o considerăm o temă de excepţională importanţă pentru antropologie şi psihopatologie. Subiectul a fost abordat în lucrarea noastră citată (7), unde am creionat direcţiile în care s-ar putea scrie un tratat, privitor la acest domeniu. Interferenţele sale cu temporalitatea, privite din perspectiva psihopatologiei, au fost menţionate prin invocarea a două lucrări, chiar în comentariile bibliografice din acest capitol (143), (144). Interferenţele cu logosul le indicăm printr-un citat dintr-un tratat de morală.

154. McIntyre, A., (1998), *Tratat de morală. După virtute*, Ed. Humanitas, Bucureşti.

Problema structurării persoanei pe mai multe paliere, în contextul biografiei, a fost abordată de mai mulţi autori clasici:

155. Kretschmer, E., (1966), *Der Sensitive Bezieungsahn*, 4 Aufl., Ed. Springer, Berlin.

156. Petrilowitsch, N., (1958), *Beiträge für eine Strukturpsychopathologie*, Ed. Karger, Basel.

157. Binder, N., (1960), *Die psychopatischen Danerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen*, in Psychiatrie der Gegenwart, Band II, Ed. Springer, Berlin.

Constituirea în zona preconştientă şi inconştientă a unui „eu secund" derivă din întreaga concepţie asupra refulării din psihanaliza clasică şi a fost explicit formulată de Jung.

Perspectiva structurală a psihismului, ce stă în spatele devenirii biografice, a avut şi ea susţinători ce au realizat opere importante. Menţionăm:

158. Ey, H., (1983), *Conştiinţa*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică.

159. Janzarik, W., (1988), *Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie*, Ed. Enke, Stuttgart.

160. Marneros, A. Philipp, M. Ed., (1992), *Persönlichkeit und psychische Erkrankung*, Ed. Springer, Berlin.

5.8. Descrierea de către Jaspers, la începutul secolului, a reacţiei psihopatologice a fost un act de curaj, similar cu demersul – mai contorsionat – a lui Freud, de a introduce „psihogenia" în etiopatogenia tulburărilor psihice. Bilanţul clinico-psihopatologic de la sfârşitul sec. XX, apariţia psihopatologiei developmentale a statutului cvasinosologic a situaţiilor de criză sau problematice, ideea continuumului între „normalitate" şi „nebunie", toate sunt expresia dezvoltărilor pe acest drum deschis atunci. În mod ciudat, psihiatria – şi chiar psihopatologia actuală – nu mai comentează una din temele majore, pe care le ridica, pe atunci, Jaspers: cea a diferenţei dintre „dezvoltarea reactivă prevalenţială" – condiţionată psihogen, de obicei la o persoană particulară sau anormală – şi procesul („schub" în germană) endogen sau organic. Pe marginea analizei unor cazuri de gelozie – exagerată, anormală şi patologică – Jaspers a făcut această distincţie, care aducea în discuţie problema diferenţei dintre condiţionarea psihogenă şi cea endogenă. Problema endogeniei a rămas o provocare nesoluţionată până în zilele noastre, cu toate că teoria vulnerabilitate/stres şi progresele psihiatriei biologice şi sociale o învăluie constant, progresând spre nucleul ei, fără a-l atinge însă. Problema a fost reactualizată prin publicarea recentă a meditaţiilor de o viaţă a unui psihiatru român:

161. Bălănescu, Şt., (2001), *Pe urmele adevărului*, Fals tratat de psihiatrie, Ed. Excelsior, Bucureşti.

Bălănescu reaminteşte preocupările – şi frământările – în acest domeniu, ale lui K. Schneider, pe la mijlocul veacului XX, care a propus, la un moment dat, termenul de „mezogen" pentru a-l înlocui pe cel de „endogen"; preocupări pe care respectivul autor, în cele din urmă, le-a părăsit. El reactualizează şi unele idei ale lui Jung, ce ar putea, eventual, contribui la dezbaterea pe această temă. Dar ansamblul gândirii lui Jung realizează o scurtcircuitare între spiritual (reprezentat de inconştientul colectiv) şi biologic (prin considerarea că acesta ar fi transmis genetic); lipseşte astfel, chiar zona nucleară, unde ar putea fi pusă problema, şi care este cea a individualului antroposului ce se intersectează cu individualul biosului, realizând o instanţă ontică specifică.

Ultima lucrare majoră care abordează frontal problematica etio-patogenică a endogenităţii este cartea lui Tellenbach asupra Melancoliei (23). Aşa cum rezultă din text – şi cum interpretează cu pertinenţă şi Tatossian (93) – Tellenbach încearcă să înglobeze specificul (fenomenologic) antroposului împreună cu cel al biosului, cu care se conjugă şi se articulează (intersectează) într-o entitate mai amplă, exprimată prin bio-psiho-ritmurile

antropo-cosmice; fapt ce sugerează o entitate de tipul „Fisisului" grecesc, aşa cum a fost interpretat acesta de către Heidegger, într-o lucrare citată (86). Oricum, problematica „endogenului" se plasează în acea zonă sau entitate ontică specială, ce rezultă şi se manifestă la articularea dintre individualul biosului şi al antroposului.

Problematica endogenului este prezentă şi în cartea de sinteză a lui Janzarik (147), dar fără a fi abordată frontal. Se cere subliniat că această problemă nu este doar a psihopatologiei, ci a întregii antropologii, care trebuie, într-un fel sau altul, să comenteze (nu doar să explice sau să înţeleagă) prezenţa alături de „nebunul endogen" şi existenţa sfântului, a geniului, a fanaticului etc.

Comentarea în continuare a principalelor „fenomene" psihopatologice va dezvolta o parte din elaborările noastre din lucrarea de psihopatologie antropologică din 1989 (139). Într-o anumită măsură, vom utiliza şi sinteza lui Tatossian (93) şi lucrarea de referinţă a lui von Gebsattel (133). De asemenea, vor fi făcute şi alte trimiteri bibliografice. Texte de referinţă generală rămân: Tatossian (104), Lăzărescu (166).

162. Kraus, A., (1999), „Phänomenologisch – antropologische Psychiatrie", in Helmchen, H., Henn, F., Lauter, H., Sartorius, N., (Ed. Grundlagender Psychiatrie, Springer, Berlin, 578–603).

Subliniem de la început că, pentru această parte a lucrării, bibliografia nu e utilizată în sensul susţinerii expunerii pe ansamblul lucrărilor ce au fost publicate, încercându-se o serie de formulări proprii. Totuşi, în unele cazuri, câteva trimiteri bibliografice vor fi utile.

Anxietatea (paragraful 5.9.1.) nu a beneficiat până în prezent de o sinteză semnificativă a elaborărilor fenomenologico-antropologice – corelate parţial cu cele cognitiviste – deşi ar fi fost necesar, cel puţin din punct de vedere principial, teoretic. Vom invoca câteva titluri clasice şi recente, în care psihopatologii se referă la această problemă:

163. Gebsattel, V. E., (1954), „Antropologie der Angst", In Prolegomene 151. Blankenburg, W., (1996), Vitale und existenziale angst, Suchtkamp, Frankfurt am Main.

164. Kirkegaard, S., (1935), Le concept d'anoisse, Ed. Alcan, Paris. Filozoful şi teologul danez abordează problema din perspectiva dogmaticii creştine, aşa cum rezultă şi din subtitlul lucrării ce face referinţă la păcatul originar. La Freud, regăsim corelaţia dintre anxietate şi sentimentul de culpă, abordată dintr-o perspectivă specifică psihanalizei care derivă din conflictul intrapsihic dintre sine şi supraeu, cu fantasmele adiacente acestuia.

165. Sartre, J. P., (1943), *L'Etre et neant*, Gallimard, Paris.

166. Heidegger, M., (1988), „Ce este metafizica?". În: Repere pe drumul gândirii, Ed. Politică, Bucureşti, p. 33–53.

Privitor la fobie şi obsesie (paragrafele 5.9.2. – 3) menţionăm câteva lucrări clasice de diverse orientări, atât clinice, cât şi fenomenologice:

167. Lăzărescu, M., (1968), *Probleme de psihopatologie a spaţiului trăit*, teză de doctorat, Universitatea de Medicină Timişoara.

168. Gebsattel, V. E., (1954), „Zur Psychopathologie der Phobien", in Prolegomene (127).

169. Hesnard, A., (1961), *Les Phobies et la Neurose phobique*, Ed. Payot, Paris.

170. Michaux, L., (168), *Les Phobies*, Ed. Hachette, Paris.

171. Westberg, H.S.M., den Boer, J. A., (1999), *Social Anxiety Disorder*, Synthesis, Amsterdam.

172. Marks, J.M., (1986), *Fear, Phobias and Rituals*, Oxford University Press, New York.

173. Gebsattel, V.E., (1954) „Die Welt des Zwangskranken", in Prolegomene (127).

174. Lăzărescu, M., (1973), *Patologie Obsesivă*, Ed. Medicală, Bucureşti.

175. Göppert, H., (1960), *Zwangkrankheit und Depersonalisation*, Ed. Karger, Basel.

176. Petrilowitsch, N., (1986), *Zur Karakteriologie der zwangneurotiker*, Ed. Monhold, Halle.

177. Binder, H., (1936), *Zur Psychologie der Zwangsvergänge*, Ed. Karger, Basel.

Privitor la depresie ne rezumăm doar la câteva trimiteri (dintre care una fundamentală a fost deja menţionată – (23) –).

178. Grecu G. et all, (2000), *Depresia*, Ed. Ardealul, Tg. Mureş.

179. Kraus, A., (1982), *Identity and Psychosis of manic-depressive*, in der Koning, A., Jessner, F. A., Ed., Phenomenology and Psychiatry.

180. Kraus, A., (1996), *Fenomenologia şi simptomatologia depresiilor*, în Depresii – Noi perspective, Ed. Vraşti R., Ed. A, Bucureşti, p. 193–194.

În ceea ce priveşte dragostea, indiferenţa şi agresivitatea, nu facem trimitere decât la un text clasic în care sunt dezbătute multe dintre problemele comentate în acest capitol.

181. Minkowski (1966), *Traité de psychopathologie*, Ed. P.U.F., Paris.

Autorul, influenţat de M. Scheller şi de Bergson, diferenţiază între afectivitatea „emotivă" (reacţională) şi cea de tipul „contactului", care semnifică, în înţelesul său, o afectivitate a ataşamentului şi interpătrunderii tranzitive (reciproce) cu celălalt (sau cu „ceva" din lumea umană ce reprezintă o valoare pentru subiect). El urmăreşte modificarea afectivităţii în direcţii deficitare, de la întunecarea (înceţoşarea) existenţei poziţionare atitudinal-afectiv spre contact şi ataşament (=le ternissment affectiv), la plictis (şi „spleen") până la anafectivitatea monstruoasă a unor psihopaţi sau la cea consecutivă unei alterări patologice a afectivităţii tranzitive, cum se petrec la schizofreni. Pentru autorul francez, afectivitatea este vehiculul cantitativ şi calitativ al relaţiei cu ceilalţi (celălalt) şi cu situaţiile problematice în care subiectul e angajat.

Vom menţiona în continuare câteva titluri care se corelează cu tematica delirului:

182. Spitzer, M., (1989), *Wa ist Wahn?*, Springer Verlag, Berlin.

183. Kaschk, W., Lungershausen, E., (1992), Paranoide Störungen, Springer Verlag, Berlin.

184. Zutt, J., Kulenkampff, C., Ed., (1958), *Das paranoide Syndrom in antropologischer Sicht*, Springer, Berlin.

185. Blankenburg, W. Ed., (1991), *Wahn und Perspectivität*, Ed. Enke, Stuttgart, 1991.
186. Cristodoulou, G. H., (1986), *The Delusional Misidentification Syndrom*, Ed. Karger, Basel.
187. Süllwold, L., & Huber, G., (1986), *Schizophrene Basisstörungen*, Heidelberg: Springer.
188. Huber, G., (1983), *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen*, Nervenarzt, 54, 23–32.
189. Blankenburg, W., (1971), *Der Verlust der natürlichen Selbstverständichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symtomarmen Schizophrenien*, Ed. Enke, Stuttgart.

REZUMAT

Psihiatria, ca şi orice practică umană, în general, şi medicală, în special, are nevoie de un suport de referinţă teoretic, care să susţină şi argumenteze procesul de diagnostic şi de intervenţie terapeutic. Acest plan teoretic al psihiatriei rezultă, desigur, din cunoaşterea rezultată din exercitarea psihiatriei de către practicieni, precum şi din studii ţintite, clinice şi paraclinice (în domeniul biologiei, geneticii, ştiinţelor creierului, sociologiei, antropologiei etc.). Se constituie astfel, constructul teoretic de referinţă al disciplinei medicale psihiatrice, sub forma unui sistem nosologico-nosografic descris în parametrii săi ideali (generici şi „adevăraţi" în raport cu cunoştinţele existente la un moment dat). Acest construct din principiu, operează cu cazuri tipice, de referinţă. Bolile sunt descrise, în primul rând, într-o modalitate abstract ideală; şi la fel, sindroamele psihopatologice care stau la baza semiologiei episoadelor), tipurile de personalitate anormale, mecanismele etiopatogenice etc. În aceeaşi măsură, la fel ca întreaga medicină, şi psihiatria înţelege apariţia tulburărilor ca un raport între: – terenul mai mult sau mai puţin vulnerabil; – noxele biologice şi psihosociale cumulate la un moment dat; – factorii protectivi ce susţin nonvulnerabilitatea. Influenţele psiho-sociale nefavorabile (ce apar ca stresori), precum şi factorii protectori, pot fi şi ei descrişi într-o modalitate generală, abstractă, de referinţă. Pentru gândirea psihiatrică clinică este util a se face distincţia dintre: – terenul vulnerabil; – noxe; – episod psihopatologic; – defect psihic şi social; – boala psihică. Odată această precizare făcută şi după descrierea formelor tipic ideale (de sindroame, persoane dizarmonice, boli), se poate trece şi la comentarea „formelor atipice", mai apropiate de cazuistica clinică reală. Studiul cazuistic continuu, făcut cu rigoare şi metode standardizate, permite să se umple, în bună parte, distanţa dintre cazul clinic real şi cazul tipic ideal, prezent în constructul teoretic al ştiinţei psihiatrice.

Metodele standardizate şi cuantificate, tot mai numeroase şi nuanţate, asigură, în zilele noastre, diagnostice de mare acurateţe şi care să poate fi replicate de diverse persoane. Aceasta se referă atât la episodul psihopatologic, cât şi la tipul de personalitate, stresorii cumulaţi, reţeaua de suport social, nivelul de funcţionare socială, comorbiditate somatică şi corelaţia ei cu tulburarea psihică. În prezent, se utilizează diverse modalităţi de diagnostic pe axe (în DSM-IV şi ICD-10), metode standardizate şi cantitative de evaluare a defectului social.

Rigorile de desfăşurare, investigare, formulare diagnostică, evaluare cantitativă dinamică a stării psihopatologice sau defectului social, precum şi creşterea exponenţială a cunoştinţelor de psihofarmacologie, fac ca psihiatrii să fie într-un continuu progres. Dar distincţia de principiu dintre cazul concret şi modelul ideal nu trebuie uitată şi ignorată.

În ceea ce priveşte terapia psihiatrică, aceasta presupune o relaţionare directă dintre pacient şi echipa terapeutică. Şi, în plus, respectarea orientării actuale în direcţia psihiatriei comunitare. De aceea, ea ne orientează atât prin formele sale clasice – ce nu ignoră psihoterapia –, cât şi prin modalităţile mai noi de reabilitare, programe de autoajutor şi antistigma, să ne mutăm înspre viaţa socială curentă, spre înţelegerea bolnavului sau defectivului psihic în calitatea sa de cetăţean, de partener al nostru, al tuturor, în viaţa de zi cu zi.

Suferindul psihic, în plină stare de episod maladiv, precum şi în fazele reziduale şi defective, e recomandabil să fie tratat cât mai aproape de locul său firesc de existenţă, cu evitarea internărilor prelungite, a instituţionalismului şi a stigmatizării. Pentru a corespunde acestei concepţii, tipurile de instituţii terapeutice s-au diversificat mult în ultimele decenii. Pe lângă clasicele spitale de psihiatrie funcţionează, tot mai amplu: secţii de psihiatrie a spitalelor unificate, staţionare de zi şi de noapte, centre de sănătate mintală, axate pe supravegherea grupelor de risc, depistare precoce, tratament de întreţinere şi programe de reabilitare. De asemenea, mai funcţionează cluburi psihiatrice terapeutice, ateliere protejate (de ergoterapie), locuinţe protejate (hosteluri), plasament familial. Echipa terapeutică psihiatrică este şi ea diversificată, constând, pe lângă psihiatru şi soră specializată, din psiholog, asistent social, ergoterapeut, psihopedagog, sociolog, jurist). În cadrul acestei echipe se stabileşte un „manager de caz" ce urmăreşte constant derularea vieţii fostului pacient, fiind alături de el în situaţii mai deosebite de viaţă sau cu ocazia decompensărilor maladive. Echipa terapeutică acordă asistenţă şi situaţiilor de „criză psihologică", prin intervenţie directă, la locul de muncă, la domiciliu, sau în diverse toposuri sociale.

Asistenţa psihiatrică şi de promovare a sănătăţii mintale este, de obicei, sectorializată, urmărindu-se diacron menţinerea la un nivel cât mai ridicat al sănătăţii mintale, a dezvoltării psihice armonioase a populaţiei din zonă. Acest demers are nevoie de continue studii epidemiologice şi evaluări populaţionale. Echipa psihiatrică se sprijină pe reţeaua medicilor de familie, dar şi pe alte persoane de legătură din cadrul învăţământului, bisericii, politicii etc., angrenând şi implicând comunitatea în rezolvarea optimă a problemei. Se fac eforturi continue pentru creşterea toleranţei tuturor segmentelor populaţiei faţă de bolnavul şi defectivul psihic, prin programe antistigma. Pe de altă parte, foştii suferinzi psihici şi familiile lor sunt stimulate să se constituie în grupe de autoajutor, în organizaţii nonguvernamentale, susţinându-şi singure interesele, cunoscând suferinţa prin care au trecut, şi devenind co-terapeuţi.

De vreme ce, interesul e focalizat acum asupra fostului suferind psihic în calitatea sa de cetăţean, de partener de viaţă al tuturor, preocuparea pentru el depăşeşte perspectiva medicală a înlăturării simptomelor defectului clinic şi social. Ea se orientează şi asupra calităţii vieţii acestora, în raport cu cea a semenilor. Iar programele terapeutice şi de reabilitare au în vedere şi creşterea acestei calităţi a vieţii, fapt ce poate fi evaluat, de asemenea, prin instrumente standardizate. Sunt stimulate programe de susţinere ale acestor cazuri şi din partea unor instituţii şi programe nemedicale. Bilanţul satisfacţiilor, în raport cu toate aceste oferte, pe care-l resimte „beneficiarul" sau „consumatorul" serviciilor de promovare a sănătăţii mintale, se cere şi el evaluat.

Trăind în comunitate, bolnavul psihic – actual, potenţial sau fost – trebuie să se apropie de o bună integrare socială. De aceea, e necesară o continuă grijă faţă de posibila periculozitate a acestuia pentru sine şi pentru alţii, luându-se măsuri preventive ori de câte ori e cazul.

În sfârşit, aspectul cel mai pregnant al existenţei suferinzilor psihici în mijlocul comunităţii e viaţa pe care o duce în familia sa. Aceasta poate fi, la rândul său, perturbată în funcţionarea sa globală, fapt ce poate condiţiona apariţia (sau întreţinerea) tulburărilor psihice; sau poate fi cauza acestora. Analiza familiei, din punct de vedere al psihopatologiei, este extrem de importantă pentru o bună înţelegere a fenomenelor ce le constatăm la nivel individual. Dar şi pentru a organiza acţiuni terapeutice benefice. De aceea, capitolul se încheie prin prezentarea câtorva perspective analitice şi terapeutice în raport cu sistemul terapeutic familial.

Oricât ar fi de inserat şi integrat în propria familie şi în structurile practice ale marii societăţi, persoana umană rămâne o realitate individuală, care trăieşte perturbarea şi aberaţia psihopatologică în termenii existenţei sale proprii. Acest fapt a fost amplu comentat de psihopatologia tradiţională, atât descriptiv, cât şi interpretativ-doctrinar.

Psihopatologia, care este centrul ştiinţific doctrinar al psihiatriei, este o ştiinţă antropologică. Ca atare, ea nu poate evida concepţiile doctrinare despre om, înţeles ca persoană umană conştientă. Tradiţional, aceasta se revendică de la două perspective opuse. Pe de o parte, subiectul conştient este considerat, de către întreaga tradiţie doctrinar religioasă, ca o creaţie specială a fiinţei (sau fiinţelor) supreme, distinctă de a altor zone ontice create. Această perspectivă ancestrală a căpătat formulări şi fundamentări noi, în Europa postrenascentistă, prin filosofia lui Descartes; fiind reluată – cu o metodologie puţin modificată – în sec. XX, de către fenomenologia lui Husserl. Opera lui Husserl acceptă şi susţine dezvoltarea şi a unei psihologii fenomenologice, a fost îmbrăţişată şi dezvoltată de o serie de psihopatologi din secolul trecut, cu referire directă la textele acestuia sau a altor filosofi orientaţi spre fenomenologie (Heidegger, Scheller, Sartre).

O altă direcţie clasică de gândire constată prezenţa psihismului şi la nivele pre-umane, mai precis biologice. Este vorba de tradiţia inaugurată de Aristotel, pentru care nu există o ruptură (discontinuitate), ci un continuum între psihismul vegetal, animal, uman şi suprauman. Această doctrină a avut şi are şi ea un important răsunet în psihopatologie, stând la baza actualelor orientări psihologico-psihopatologice cognitiviste şi developmentale.

Între aceste două mari orientări doctrinare, psihanaliza a avut şi o poziţionare specifică, plasându-se, prin unele din aspectele sale, în ambele direcţii. Ea a constituit un important moment al dezvoltării psihopatologiei care, în prezent, se cere formulată mai clar şi tranşant.

O observaţie de elementar bun simţ indică că tulburarea psihopatologică, ce se desfăşoară la nivelul persoanei umane conştiente, surprinde, în acelaşi timp, perturbări ce se desfăşoară la nivelul individualului biosului şi a

individualului antroposului. Legătura dintre aceste instanţe e posibilă, deoarece ambele operează cu „informaţii" care sunt clar prelucrate, după coduri diferite în cele două instanţe.

Dezvoltarea psihopatologiei developmentale, în ultimele decenii, asigură un raport pentru articularea între cele două instanţe menţionate. Ea se bazează, în mare măsură, pe progresul ştiinţelor biologice – psiho-biologice, a ştiinţelor creierului – şi în acelaşi timp, a etologiei, fără a ignora progresele psihologiei (şi psihopatologiei) cognitiviste. În acelaşi timp, abordează, într-o manieră pozitivistă, studierea, în paralel, a dezvoltării individului conştient normal, deviant şi patologic, urmând rezultatele longitudinale ale ciclurilor vieţii. Psihologia developmentală încorporează studiile psihanalitice, cele privitoare la cogniţia socială, la dezvoltarea ontogenetică a inteligenţei (Piaget) şi a moralităţii, astfel încât, e deschisă spre acceptarea specificului uman al persoanei normale şi patologice. De aceea, credem că ea poate să asimileze şi perspectiva „fenomenologică", mai ales dacă ţine seama de doctrina ciclurilor vieţii (în sensul lui Erikson, Levinson, Jung). În acest capitol este propusă o astfel de înţelegere, centrată pe problema – anunţată de psihanaliza şi de „theory of mind" – a prezenţei, de la începutul ontogenezei psihice, a imagoului altuia în structura propriului psihism; în calitate de ferment organizator şi element structurant al persoanei. Astfel, faptul că „altul" (alţii) fac parte constitutivă din psihismul propriu persoanei încetează de a mai fi o enigmă; ci, dimpotrivă, este însăşi suportul înţelegerii tetradei cognitiviste ce stă la baza structurii persoanei.

În tot capitolul se fac şi trimiteri la psihopatologie şi psihiatrie, corelată diverselor momente developmentale, precum şi ciclurilor vieţii.

În final, se consideră că analiza personal existenţială dezvoltată de şcoala vieneză (Frankl-Längle), cu toată fundamentarea sa antropologic-fenomenologic-existenţialistă, se poate articula fără probleme cu psihopatologia developmentală înţeleasă într-un sens larg. Şi astfel, atât din perspectiva interpretărilor psihopatologice, cât şi a acţiunilor psihoterapeutice se realizează o sinteză între cele două doctrine comentate la începutul capitolului.

Psihologia, filosofia şi psihopatologia cognitivistă care s-a dezvoltat impetuos în ultimele decenii, are la bază modelarea funcţionalităţii specifice creierului uman, pe baza ştiinţelor creierului, a diverselor teorii matematizante (cibernetica, teoria sistemelor, dezvoltarea inteligenţei artificiale şi a sistemelor cognitive cu autogenerare). Ea se articulează foarte clar cu psihologia şi psihopatologia developmentală, la nivelul la care acestea sunt – cel puţin pentru primul an al existenţei individului uman – bazate în mare măsură pe studiile etologice. Articularea cognitivismului cu psihanaliza şi psihopatologia fenomenologică este în prezent încă dificilă. De aceea s-a considerat că este utilă o „provocare" care, prin reluarea şi dezvoltarea elementelor psihologico-psihopatologice specifice persoanei umane conştiente, să solicite cognitivismul în ascensiune la noi eforturi de elaborare.

Ultimul capitol al lucrării prezintă, la început, elemente considerate ca fundamentale (ultime) pentru înţelegerea specificului uman al individului pe care-l studiază nu doar antropologia, ci şi psihopatologia. Se insistă asupra faptului că aceste elemente au sens doar articulate într-un sistem în care sunt interconditionate, explicitându-se reciproc; şi nu considerate independent. Astfel, abordarea conştiinţei este întru totul sărăcită, până la lipsa de suficientă delimitare şi înţeles, dacă nu e comentată împreună cu noţiunile de: persoană, subiectivitate, identitate a eului conştient ce se bazează pe o proprie spaţio-temporalitate, specificul relaţionărilor dintre eu-tu-el (ei)-noi, cunoaşterea lumii caracteristice persoanei conştiente, acţiunea şi comunicarea specific umană, care implică şi limbajul asertiv-critic şi lumea a 3-a a lui Popper (ce a fost invocată ca un referenţial pentru înţelegerea instanţelor umanului încă din introducere). Intenţionalitatea conştiinţei are o dublă sorginte, dintre care una derivă din psihismul biologic (şi e comentabilă în termeni cognitivişti), iar alta din particularităţile specifice conştiinţei (în sensul doctrinei lui Husserl).

Comentariul de mai sus este făcut pentru a susţine o prezentare orientată fenomenologic-cognitivist a principalelor fenomene psihopatologice (aspectul „cognitivist" este, la acest nivel, decupat ca o faţetă a orientării de ansamblu a cognitivismului contemporan cea articulată de noţiunea de „intenţionalitate" şi care se poate conjuga cu perspectiva fenomenologică).

Înainte de prezentarea principalelor forme psihopatologice umane, sunt trecute în revistă câteva aspecte care circumscriu cadrele psihopatologic nosologice, aşa cum ar fi: reacţia comprehensibilă şi dezvoltarea prevalenţială, nevroza, psihoza, tulburarea condiţionată organic cerebral. Se insistă în mod special asupra problemei – încă neclarificată suficient – a „psihozelor endogene" în care e perturbată zona de interpătrundere a psihismului specific biosului şi cel al antroposului, domeniu ontic special pe care îl reprezintă persoana umană conştientă.

Restul capitolului constă dintr-o prezentare a fenomenelor antropologico-psihopatologice esenţiale, ce pot constitui provocări pentru studiile cognitiviste: anxietatea, fobia, obsesionalitatea, depresia, mania, histrionismul, depersonalizarea, paranoidia, delirul, dezorganizarea ideo-verbală, dezvoltate pe fond apato-abulic.

Mesajul de ansamblu al textului nu este unul concluziv, ci unul interogativ şi provocator, pentru dezbatere şi programe de cercetare şi meditaţie.